

FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

L'ASSURANCE SOCIALE

CONTRE

LA MALADIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE DROIT DE BORDEAUX

le vendredi 30 janvier 1934, à 3 heures du soir,

PAR

Bernard SALINGARDES

AVOCAT STAGIAIRE A LA COUR D'APPEL

ATTACHÉ AU PARQUET DU PROCUREUR GÉNÉRAL

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

—
1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548423_0095

FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

L'ASSURANCE SOCIALE

CONTRE

LA MALADIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE DROIT DE BORDEAUX

le vendredi 30 janvier 1931, à 3 heures du soir,

PAR

Bernard SALINGARDES

AVOCAT STAGIAIRE A LA COUR D'APPEL

ATTACHÉ AU PARQUET DU PROCUREUR GÉNÉRAL

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. SAUVAIRE-JOURDAN, * I.; BARDE, *, * I.; LESCURE, * I., ‡;
DE BOECK, *, * I.; NOAILLES, * A.

MM. FERRON, *, * I., *Doyen*, professeur de *Droit commercial*.
BENZACAR, * I., professeur de *Economie politique*.
FERRADOU, * I., *Assesseur du Doyen*, professeur d'*Histoire du droit* et chargé d'un cours d'*Histoire du droit privé* et d'un cours d'*Histoire du droit public* (Diplômes d'études supérieures).
MARIA, * I., professeur de *Droit romain*.
MARGAT, * I., professeur de *Droit civil* et chargé d'un cours de *Droit international privé* (Licence).
BONNECASE, * I., professeur de *Droit civil* et chargé d'un cours de *Droit maritime* (3^e année).
PALMADE, * A., ‡, professeur de *Droit civil*.
VIZIOZ, * A., professeur de *Procédure civile* et chargé d'un cours de *Droit civil comparé* (Diplôme d'études supérieures).
BONNARD, * I., ‡, professeur de *Droit administratif* et chargé d'un cours de *Droit constitutionnel comparé* (Diplôme d'études supérieures).
POPLAWSKI, * I., professeur de *Droit criminel* et chargé d'un cours de *Législation industrielle*.
BOYÉ, * A., ‡, professeur de *Droit romain*.
MOUNIER, * A., professeur de *Économie politique*, chargé d'un cours d'*Histoire des doctrines économiques* (Diplôme d'études supérieures).
BIBIÉ, *, ‡, professeur de *Droit international public*.
REGLADE, professeur de *Droit constitutionnel et administratif*.
GARRIGOU-LAGRANGE, agrégé, chargé d'un cours de *Législation financière* (3^e année), d'un cours de *Economie politique* (Diplôme d'études supérieures) et d'un cours de *Législation coloniale* (3^e année).
LABORDE-LACOSTE, * A., professeur à la Faculté de droit d'Aix, chargé d'un cours de *Droit civil* (Licence), des cours de *Droit civil* (Capacité) et d'un cours d'*Enregistrement*.
HUBRECHT, chargé de cours (*Droit romain*).
ROUSSEAU, chargé de cours (*Droit international public*).

M. BEAUDUN, * I., *Secrétaire*.
M^{me} COSTES, *Secrétaire adjointe*.
M^{me} SOUBIE, *Bibliothécaire*.

COMMISSION DE LA THÈSE

MM. POPLAWSKI, professeur..... *Président*.
BONNECASE, professeur..... } *Suffragants*.
GARRIGOU-LAGRANGE, agrégé..... }



L'ASSURANCE SOCIALE

CONTRE

LA MALADIE

INTRODUCTION

Des divers maux qui sont le lot de la condition humaine, rien n'est peut-être plus redouté que la maladie, rien ne donne lieu à plus de préoccupations. Dans toutes les classes de la société, dans tous les pays, à toutes les époques, il est curieux de constater la fréquence avec laquelle revient dans les souhaits, les salutations, les formules de politesse, cette préoccupation de la santé, depuis le traditionnel « *Vale* » par lequel tout Romain terminait ses lettres, jusqu'à la demande quasi machinale de leur état de santé par laquelle deux personnes amies s'abordent encore de nos jours.

Si, par ces formules répétées presque inconsciemment, on ne fait souvent que sacrifier aux usages établis, il n'est

pas moins permis de voir là une manifestation; entre bien d'autres, d'un souci continuellement présent à l'esprit : celui de la santé.

La maladie, en effet, par les souffrances, les gênes de toutes sortes qu'elle impose, par la crainte de la mort, un de ses termes possibles, paraît redoutable à tous. Mais combien ne l'est-elle pas plus encore à celui qui n'a, pour vivre et, souvent, pour faire vivre les siens, que le produit du travail qu'elle vient interrompre et à qui une situation matérielle précaire interdit parfois de recourir aux soins les plus efficaces et les meilleurs, parce qu'ils sont aussi les plus onéreux ?

Aussi bien, est-ce dans les milieux de petits salariés que la maladie est en général le plus pénible, le plus lourde à supporter et le plus funeste en conséquences. Nous n'entreprendrons pas ici de tracer une fois de plus le tableau de la misère qui s'installe au foyer de l'ouvrier malade, le jour où les petites économies qu'il pouvait avoir faites ont été dépensées. Alors manquent à la fois le salaire du malade et l'appoint que pouvait y apporter celui de la femme, désormais retenue à son chevet, tandis que s'ajoutent des dépenses nécessitées par les soins à donner. Pendant ce temps, les enfants à demi abandonnés, affaiblis par les privations qu'ils doivent supporter, exposés à la contagion, deviennent eux aussi, pour la maladie, des victimes toutes désignées.

Alors souvent le seul remède à cette situation est d'envoyer le malade à l'hôpital, pourvu encore qu'on puisse l'y recevoir. Mais si cette solution semble donner à la famille quelque repos et quelque sécurité, c'est à présent le malade qui, moralement abandonné, souffre plus encore de son isolement que de son mal. A tort ou à raison, il ne

se croit pas bien soigné et, désespéré, guérit plus lentement, quand il guérit.

A peine remis, notre ouvrier, sans transition, sans repos de convalescence, parce qu'il faut gagner le plus vite possible, va reprendre le travail et souvent, affaibli par sa première maladie, il ne tardera pas à retomber dans un état plus grave que le précédent.

Sans même aller jusque-là, combien de personnes doivent se refuser, pour ne pas interrompre leur travail, refuser parfois même à leurs enfants, parce que cela coûte trop cher, des repos ou des cures qui seraient nécessaires à leur santé ou les mettraient en état de mieux supporter les attaques éventuelles de la maladie.

Cette situation n'est pas nouvelle et n'a laissé indifférentes au cours des âges ni la bienfaisance privée, ni la charité publique. Toutefois, l'immense accroissement de la population urbaine et ouvrière à l'époque contemporaine et la stagnation de celle des campagnes font que, en France en particulier, malgré les progrès de la science médicale et les précautions qu'essaient d'imposer les pouvoirs publics, la maladie est encore extrêmement répandue et particulièrement néfaste pour ceux qu'elle visite.

Or, il faut bien tenir compte de ce qu'en France le nombre des petits salariés est de 8.000.000 environ, que beaucoup sont mariés, ont des enfants à leur charge, qui, eux aussi, peuvent être malades : aussi n'est-il pas exagéré de dire, sans attacher du reste une importance absolue à ces chiffres, que, pour 15.000.000 de personnes environ, la maladie d'un membre de la famille, et surtout de son chef, aboutit à la plonger tout entière dans la misère.

Et encore là n'est pas l'unique conséquence de la maladie. Faute de soins rationnels et de mesures de prévention,

elle se communique de sa première victime à la famille, aux voisins, à ceux qui passeront là où le malade est passé. Il n'est que de songer au développement effroyable de la tuberculose en France, où le nombre des tuberculeux atteignait naguère 500.000 (un pour 80 habitants), pour se rendre compte qu'un malade mal soigné, s'il est un être qui souffre, est aussi un danger public.

Danger public, la maladie l'est de bien des façons : D'abord, par sa terminaison possible, la mort du malade qui se produit trop fréquemment, et dépeuple d'autant plus vite un pays que le taux des naissances y est d'ailleurs particulièrement bas.

Mais, sans même aller jusque-là, la maladie affaiblit l'individu qui continue à travailler et diminue sa valeur : déprimé physiquement ou accablé des soucis que lui donne l'état des siens, l'ouvrier travaillera moins, moins bien et toute l'économie de l'entreprise qui l'emploie, et, par extension, du pays en pâtiront. Il est cependant bien en droit, lui que l'on appelle parfois d'une expression odieusement dégradante « le capital humain », de réclamer les mêmes attentions et des soins équivalents à ceux que l'on prodigue à l'autre capital qu'on lui oppose, le capital matériel.

Enfin l'individu que l'on a, sans inquiétude, laissé devenir gravement malade ou incurable faute de soins, finira par coûter cher quand même. Il faudra bien, un jour, venir à son secours, alors que peut-être il sera trop tard pour le guérir, et la charité privée ou l'assistance publique devront supporter une charge de plus.

De ces quelques idées que nous n'avons fait qu'énoncer et qu'il était nécessaire de rappeler pour montrer l'importance de la maladie aux divers points de vue individuel, familial, social, économique et même budgétaire, se dégage surabondamment la conclusion qu'il faut lutter et surtout donner à l'individu les moyens de lutter contre la maladie.

Ce travail est précisément consacré à l'étude de l'un des moyens de lutte que le législateur vient de mettre à la disposition des classes laborieuses : *L'assurance-maladie*. Nous nous proposons d'examiner tout d'abord ce qui avait été fait avant cette intervention législative, tant par l'initiative des particuliers que par les pouvoirs publics, ainsi que les institutions similaires dont sont dotés les pays de civilisation analogue à la nôtre.

Passant ensuite à l'étude des textes consacrés à l'assurance-maladie, nous essaierons d'en tracer les grandes lignes et de dégager les conditions dans lesquelles fonctionnera l'institution. Nous nous attacherons à systématiser les éléments de la loi, en examinant dans une série de chapitres distincts les moyens de secours qu'elle apporte aux malades, sans nous livrer à un commentaire exégétique de chacun des articles, dans l'ordre même du texte.

Et, si parfois nous sommes obligé d'interpréter certaines dispositions que dix ans de préparation et toute une cohorte de décrets n'ont pu rendre précises et claires, nous nous inspirerons encore ici de cette méthode scientifique, recherchant avant tout quel est le but social de la loi et ne recourant qu'accessoirement à une intention du législateur souvent vacillante et parfois même contradictoire. ⁽¹⁾

Enfin, nous ferons rapidement état de l'opinion et de l'attitude des diverses catégories de personnes touchées par l'assurance sociale-maladie et nous examinerons les principales critiques dont, avant même son fonctionnement régulier, la loi a été l'objet.

(1) Cf. Bonnecase, *Introduction à l'étude du droit*, 2^e éd., 1930; Gény, *Méthode d'interprétation et sources en droit privé positif*, 2^e éd., 1919.

PREMIÈRE PARTIE

LE PRINCIPE DE L'ASSURANCE-MALADIE ET QUELQUES APPLICATIONS

CHAPITRE PREMIER

LA MALADIE ET L'ASSURANCE

Le besoin de sécurité qui est au cœur de l'homme, se trouvant en conflit avec le très grand nombre de risques qui l'assaillent tout le long de sa vie, dans sa personne comme dans ses biens, lui a fait rechercher les moyens de se mettre à l'abri des coups trop violents du sort. C'est ainsi qu'a été imaginée l'assurance.

Elle ne vise pas à supprimer le risque, mais lorsque celui-ci s'est produit, elle indemnise, plus ou moins parfaitement suivant sa nature, la victime. Elle s'étend à l'immense majorité des risques possibles, tant pour l'individu lui-même (décès, accident, vieillesse, etc.) que pour ses biens (incendie, vol, grêle, mortalité du bétail, etc.) et comporte les modalités techniques les plus variées. On pourrait donc à bon droit s'étonner de voir que la maladie, presque seule, paraît avoir été négligée par l'assurance,

au moins dans sa forme la plus ordinaire : l'assurance à primes fixes; que même dans l'assurance mutuelle, elle ne reçoit qu'une indemnisation bien imparfaite.

Cependant, en matière de maladie, lorsque le risque est couru, lorsque le mal est arrivé (et l'assurance ne vise qu'à compenser un risque couru) tout le problème se ramène à procurer à la victime des subsides suffisants pour lui assurer des soins et suppléer au produit de son travail. Rien donc, *a priori*, ne semble contraire à l'idée d'assurance ni à son fonctionnement normal.

Aussi bien faut-il entrer un peu plus dans les détails du fonctionnement de l'assurance en général et voir quelles difficultés spéciales entraîne l'assurance de la maladie. Ces notions nous serviront en outre, dans la suite, à apprécier la véritable nature de la loi d'assurances sociales et les dangers particuliers auxquels est exposée l'institution de l'assurance-maladie.

SECTION PREMIÈRE

L'ASSURANCE EN GÉNÉRAL (1)

On peut définir l'assurance : « Une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération, la prime, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre partie, l'assureur, qui, prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique. »

Cette définition a le mérite de présenter l'assurance sous son *triple point de vue* : *économique* (le risque), *juridique*

(1) Voy. Hémar, *Traité des assurances*.

(la rémunération et la prestation), *technique* enfin (la mutualité, la compensation des risques et le calcul statistique).

Reprenons les principaux éléments de cette définition.

Le risque est une éventualité qui fait surgir un besoin. Cette éventualité comporte toujours une part d'incertitude, mais elle sera plus ou moins grande, suivant la variabilité ou la constance du phénomène qui la détermine. L'assurance sera d'autant plus facile que le phénomène sera plus constant. Quant au besoin que fait naître le risque, il résultera tantôt d'une perte patrimoniale directe (incendie), tantôt d'une perte patrimoniale indirecte, tantôt d'une perte d'acquisition. En matière de maladie, le besoin, qui dérive à la fois de la dépense nécessitée par les soins et de la perte du salaire, correspond à ces deux derniers éléments.

Mais l'assurance n'est ni un moyen de secours, ni une aumône à l'égard de l'assuré; elle comporte une rémunération pour l'assureur. *La prime*. En cela réside la différence fondamentale qui sépare l'assistance de l'assurance. Entre la prime de l'assuré et l'indemnité de l'assureur, il y a un rapport de prestation à contre-prestation, caractéristique de tout acte à titre onéreux, que l'on ne trouve pas dans l'assistance.

Le versement de la prime peut comporter diverses modalités : elle est fournie par l'assuré directement ou non, volontairement ou non, pour totalité ou partie, le surplus étant, par exemple, à la charge de l'employeur; en matière d'assurance-personne elle peut même, sans que le bénéficiaire perde sa qualité d'assuré, être complétée par une subvention d'assistance.

L'indemnité ou bénéfice versée par l'assureur est la contre-prestation de la prime versée par l'assuré. Elle a toujours un caractère onéreux, ce n'est pas une libéralité

de l'assureur : ce sera tantôt une indemnité compensant en totalité ou en partie le préjudice subi (cas de l'assurance incendie, grêle, etc.) ou le versement d'une somme fixée d'avance et sans rapport direct avec lui (indemnité de décès dans l'assurance-vie).

Un élément tout aussi essentiel est la *mutualité*. Il ne pourrait y avoir d'assurance, si l'assureur n'avait qu'un seul assuré : il y aurait là tout au plus un pari dangereux pour l'assureur. La mutualité, au contraire, morcelle le risque sur une infinité de personnes, elle engendre la sécurité, le nombre des risques réunis mettant à peu près l'assureur à l'abri des caprices du hasard. Il pourra presque toujours, sans engager son propre capital, compenser les sinistres en les indemnisant par les primes perçues sur l'ensemble des assurés : ainsi l'assureur n'est-il qu'un intermédiaire entre les assurés, le gérant de la mutualité. Les assurances dites *Mutuelles* ne se différencient des assurances ordinaires qu'en ce que les assurés s'abstiennent de faire intervenir entre eux ce gérant, qui fait largement rétribuer ses services.

Cette intervention de la mutualité dans toutes les assurances (mutuelles et autres) n'est possible que grâce à la généralité du risque opposé à la particularité du sinistre. Il faut qu'il y ait *compensation des risques* par les primes perçues : l'équilibre s'obtient en réunissant des risques nombreux et non généralisés, c'est-à-dire qui n'atteignent pas en même temps la totalité ou la majorité des assurés. Pour arriver à ce résultat, on s'inspire de données statistiques solidement établies, tenues au courant des variations, basées sur des observations portant sur un grand nombre de risques classés en catégories homogènes. Encore n'est-il possible d'arriver, par cette voie, qu'à des

approximations, et il existe toujours un *écart* plus ou moins considérable, dont il faut tenir compte, entre les prévisions découlant des statistiques et les risques réalisés : aussi faut-il faire preuve en cette matière d'une grande prudence et conserver un fonds de réserve supérieur aux écarts éventuels.

Les lois de l'assurance ainsi brièvement rappelées s'appliquent, en tenant compte de certaines modifications de détail, aux *assurances sociales*. Il n'y a pas en effet entre l'assurance privée et l'assurance sociale de différence de fond. Celle-ci est, il est vrai, le plus souvent gérée par les collectivités publiques; elle se base sur la solidarité sociale et comporte une part plus ou moins grande d'assistance. Les assurés sont des individus qui tirent de leur travail leurs principales ressources. Ils ne paient, en général, qu'une fraction de la prime, le reste demeurant à la charge de l'employeur ou de l'Etat. A la libre volonté des parties, qui gouverne l'assurance privée, s'oppose aussi, en matière sociale, une réglementation légale et souvent un caractère obligatoire. Enfin, la technique de l'assurance privée doit être saine et rigoureuse, celle de l'assurance sociale peut, grâce aux ressources fournies par l'Etat ou toute autre personnalité pratiquant l'assistance, être moins stricte et plus favorable à des catégories d'assurés particulièrement intéressants.

SECTION II

LA MALADIE RISQUE ASSURABLE

Il importe avant tout d'indiquer au moins sommairement ici ce que l'on entend d'ordinaire par maladie. La chose ne va d'ailleurs pas sans difficulté : nous n'en voulons pour preuve que les interminables discussions auxquelles on s'est

livré de tout temps au sujet de la nature de la maladie ⁽²⁾. On peut dire que c'est tout état physiologique irrégulier, tout fonctionnement anormal d'un organe; « ce qui distingue l'organisme malade, c'est donc qu'il réagit d'une façon particulière à des influences inaccoutumées » ⁽³⁾. Littré, dans son *Dictionnaire de médecine*, dit qu'il faut entendre par maladie : « Toute perturbation survenant dans une ou plusieurs parties, simples ou composées, du corps, qui se manifeste par le trouble des actes d'un ou de plusieurs organes particuliers et même d'un ou de plusieurs appareils tout entiers ». Définition bien vague, mais qu'il est plus utile de préciser, en distinguant la maladie des risques voisins, qu'en cherchant nous-même une formule plus complète.

Elle se distingue, en premier lieu de *l'accident*, dans ses causes et dans sa nature : *dans ses causes* la maladie est le plus souvent le résultat d'une évolution lente dont l'origine est naturelle et pas toujours perceptible. L'accident au contraire est produit par un événement fortuit dont les effets immédiats sont généralement perceptibles. *Dans sa nature*, la maladie est souvent une affection interne de l'organisme. L'accident est souvent une blessure extérieure; aussi la simulation et la fraude sont-elles plus à craindre dans l'une que dans l'autre.

La maternité ne rentre pas non plus dans le cadre de la maladie : il ne s'agit pas là d'altération pathologique des organes de la femme; c'est un risque spécial ne pouvant se produire qu'à certains intervalles et pendant une période déterminée de la vie ⁽⁴⁾.

(2) Nous essaierons plus loin de déterminer (chapitre III, « Risque ») la *notion juridique* de maladie telle qu'elle est fixée par notre système d'assurances sociales.

(3) *Grande encyclopédie*, v^o *Maladie*.

(4) Hémard, *Ibid*, II, p. 476.

L'invalidité, dans son acception la plus large, est l'état de tout individu incapable de travailler en raison de son état de santé. Il n'y a donc pas entre elle et la maladie la même différence d'origine et de nature qu'entre elle et les risques précédemment énumérés. D'ordinaire cependant, on réserve la qualification d'invalidité aux affections incurables et permanentes, ou du moins à celles qui réclament des soins très prolongés. Mais en matière d'assurance sociale le critérium de l'invalidité est bien plutôt une donnée abstraite et conventionnelle du législateur, basée non sur une réalité scientifique, mais sur la seule durée de l'état pathologique.

Sachant ce qu'est l'assurance, et possédant maintenant quelques précisions sur la maladie, il nous sera plus facile de comprendre en quoi l'assurance ne s'adapte pas bien à la maladie.

Celle-ci a tout d'abord un caractère éminemment *subjectif* qui se manifeste de diverses manières : sa violence diffère sensiblement, suivant la force de résistance des personnes auxquelles elle s'attaque et la constitution des malades : On connaît à ce propos le célèbre aphorisme du Docteur Charcot : « Il n'y a pas de maladie, il n'y a que des malades. »

Le côté psychologique a une importance incontestable, parfois même prédominante, tant au point de vue de la guérison du malade, plus facile s'il a « un bon moral », que de l'appréciation qu'il fait lui-même de son état. Alors qu'un individu considérera avec la plus entière bonne foi qu'il est incapable de travailler, un autre, atteint, au même degré que lui, de la même affection, sera encore en mesure de fournir un certain travail (5). Ce sont là des faits

(5) Thèse Degas, Paris, 1922, p. 60-61.

qui influencent profondément l'état du malade, mais qui ne peuvent, en aucune façon, tomber sous l'observation des statisticiens les plus consciencieux :

S'il en va autrement des divers facteurs d'irrégularité du risque maladie que nous allons maintenant énumérer, il n'en n'est pas moins vrai que leur entrée en ligne de compte complique étrangement les calculs actuariels et les barèmes des compagnies.

Le risque tout d'abord varie avec l'âge. Le nombre de jours de maladie, plus fréquent dans l'enfance, passe par un minimum aux environs de la trentième année (7 jours par an environ) pour augmenter ensuite (il atteint 14 à 60 ans); mais il faut tenir compte de ce qu'une maladie ordinaire est évaluée à trois semaines environ et que beaucoup durent davantage.

Le sexe ne serait pas non plus sans influence, car, si les femmes semblent plus sujettes à la maladie que les hommes pendant les trente ou quarante premières années de la vie, elles y sont ensuite moins exposées. La profession, elle aussi, doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation du risque. Un agriculteur, qui passe sa vie au grand air, est moins exposé à la tuberculose, par exemple, que l'employé qui passe ses journées enfermé dans un bureau, que l'ouvrier qui vit dans le fond d'une mine ou dans l'air vicié d'une usine. Ainsi le coefficient de morbidité serait, dans la métallurgie, à partir d'un certain âge, supérieur de 7 à 9 jours par an à la moyenne.

Cela n'est pas tout, il faut encore tenir compte des influences atmosphériques : soit que le climat d'une région, l'humidité ou le froid qui y règnent, en rendent le séjour particulièrement malsain, soit qu'une année déterminée ait une température spécialement favorable à l'éclosion des

maladies ou à leur aggravation, soit encore que quelque cause étrangère vienne occasionner une épidémie qui se développera d'autant mieux que le temps lui sera plus propice.

Il y a encore la manière de vivre des individus, variable avec les pays, la condition sociale ou même les habitudes personnelles; il y a les précautions d'hygiène indispensables, qui ne sont pas toujours observées, les taudis qui pourraient parfois être facilement évités; il y a l'alcoolisme qui affaiblit l'organisme, prédispose aux maladies les plus graves et augmente les chances d'invalidité prématurée; il y a les soins, préventifs ou curatifs, que l'on ne prend pas assez attentivement, les régimes que l'on n'observe pas, etc.

Il y a surtout la fraude à craindre de la part des assurés, qui est particulièrement aisée en matière de maladie : car on est bien souvent obligé de s'en rapporter aux affirmations du patient, un contrôle matériel étant toujours difficile et parfois impossible ⁽⁶⁾.

On peut enfin parler de risques déjà réalisés au moment où se contracte l'assurance, lorsque, sans être malade encore, l'assuré est cependant déjà prédisposé à une maladie déterminée. On institue bien des visites médicales préalables, mais on se heurte alors à un autre inconvénient : si l'on écarte les « mauvais risques », on écarte la presque totalité des candidats, car les personnes jouissant d'une excellente santé ne songent que rarement à s'assurer contre la maladie, qui les a moins souvent visitées.

Voilà autant de raisons qui font de cette branche d'assurance une opération particulièrement délicate pour l'as-

(6) Nous reviendrons sur la fraude dans les assurances sociales, aussi bornons-nous à la signaler ici.

sureur qui ne doit compter que sur ses propres moyens et ne peut espérer ni subvention, ni secours du Trésor public en cas de carence de sa caisse. Aussi, les compagnies privées qui l'ont essayée sont-elles rares et la plupart d'entre elles n'ont pas eu à s'en féliciter.

Aux Etats-Unis, vers le milieu du siècle dernier, trois compagnies essayèrent de garantir le risque-maladie en se basant sur des statistiques de la mutualité anglaise; mais les fraudes constantes des assurés, qui simulaient des maladies, les firent toutes disparaître en moins de six ans.

Depuis 1898 cependant, d'autres entreprises d'assurance-maladie se sont fondées avec plus de succès; à l'heure actuelle, l'assurance de la maladie est assez répandue aux Etats-Unis. Mais il ne faut pas oublier que nous sommes dans un pays où toutes les branches d'assurances sont extrêmement développées et dont la situation n'est comparable à celle d'aucun pays d'Europe. C'est ainsi qu'en Angleterre les abus des assurés condamnèrent à la faillite les sociétés qui voulurent assurer la maladie, et seules réussirent à vivre des institutions d'assurance mutuelle ou populaire.

En Allemagne l'état de l'assurance-maladie privée n'est pas, non plus, très satisfaisant : les cinq compagnies existant en 1916 ont dû fusionner en une seule, alors que les assurances mutuelles sont très prospères ⁽⁶⁾.

En France pendant une première période, de 1880 à 1900, plusieurs compagnies ne réussirent pas à effectuer l'assurance-maladie dans des conditions suffisamment rémunératrices. Depuis le début du xx^e siècle, de nouveaux essais ont été tentés, en particulier par la Mutualité générale de Rouen, mais le nombre des assurés n'est cependant pas bien considérable.

Cependant, pour ne pas courir de trop gros risques les compagnies prennent presque toujours des précautions. Si elles n'osent pas réclamer des candidats à l'assurance un certificat médical, de peur de les décourager, elles n'accordent d'indemnité qu'après un certain stage; elles limitent le montant de l'indemnité journalière à un maximum donné, elles imposent au début de chaque maladie un délai de carence de quelques jours. Elles ne garantissent même pas toujours toutes les maladies : celles qui viennent de la faute de l'assuré (alcoolisme), les maladies professionnelles, celles qui résultent de la présence de l'assuré sous les drapeaux, d'une épidémie, ou dont il était atteint avant son entrée dans l'assurance, sont généralement exclues. D'autres fois le nombre des maladies assurées est strictement limité : ainsi, la Prévoyance, du Canada, garantit 30 maladies, la Mutualité générale de Rouen 19.

En cas de maladie, l'assurance verse à partir du septième jour en général, et pendant un an, une indemnité journalière. En cas d'invalidité permanente elle sert à l'assuré un capital fixe. Enfin, une somme représentant les frais médicaux et pharmaceutiques est souvent attribuée.

La prime de ces assurances-maladie est fixée à un taux qui varie avec l'âge, le sexe, la profession de l'assuré et les engagements que prend envers lui l'assurance. Il existe tout un jeu de surprimes par le moyen desquelles l'assuré peut augmenter l'importance des prestations ou accroître le nombre des risques garantis.

Mais tout cela rend l'assurance de la maladie extrêmement onéreuse pour les assurés, et, d'autre part, les risques garantis sont assez étroitement limités : aussi les individus qui disposent de peu de ressources — et c'est à eux surtout que serait utile cette catégorie d'assurance — s'abstien-

nent-ils de recourir à de telles institutions. Les plus prévoyants d'entre eux s'adressent aux sociétés de secours mutuels; quant aux autres, ils se résignent à bénéficier, le jour où ils seront atteints par la maladie, des œuvres de charité ou de l'assistance publique.

CHAPITRE II

CE QUI AVAIT ETE FAIT JUSQU'ICI EN FRANCE CONTRE LE RISQUE MALADIE

Nos explications précédentes ont montré que l'assurance du risque maladie ne se présente pas comme une opération particulièrement avantageuse pour l'assureur; aussi bien ne fallait-il pas compter ici sur les sociétés à but lucratif, bien que pour d'autres risques, l'incendie par exemple, elles se révèlent suffisantes à satisfaire toutes les demandes.

C'est d'autres sentiments que s'inspirent les organisations qui viennent actuellement en aide aux travailleurs malades : en particulier la charité et la solidarité. Nous ne pouvons ici étudier toutes les œuvres philanthropiques religieuses ou laïques qui s'attachent à soulager les malades et nous nous contenterons, à titre d'exemple, de quelques rapides aperçus sur la mutualité, les œuvres patronales et l'assistance publique médicale et hospitalière.

SECTION PREMIERE

LA MUTUALITÉ

Cette institution présente, à l'heure actuelle, un intérêt assez particulier, parce que la loi des assurances sociales organise selon ses principes les caisses primaires, en utilisant le plus possible les sociétés existantes.

Une société de secours mutuels est constituée par un ensemble de personnes qui, à la fois assurés et assureurs, s'engagent à s'indemniser réciproquement des dommages qu'elles peuvent éprouver par suite de l'avènement de certains risques similaires.

Les assurés étant, sans intermédiaire, leurs propres assureurs, les primes devraient être, en principe, variables selon les dépenses de l'année : ainsi la solidarité serait parfaite. En fait, on a dû en venir au système à primes fixes ou du moins variant peu entre un maximum et un minimum pré-établis, parce que de trop grands changements déroutent les cotisants. La mutualité actuelle ne se distingue donc guère de l'assurance à primes fixes ordinaire que par l'absence de l'intermédiaire, l'assureur, et le régime privilégié auquel la loi la soumet. C'est à ces avantages qu'elle doit d'être moins coûteuse pour l'assuré qu'une assurance privée ordinaire.

Si les applications du principe ont varié suivant les temps, les lieux et même les sociétés, l'idée de la mutualité n'est pas nouvelle. Sans remonter à des institutions grecques et égyptiennes, desquelles on a voulu la rapprocher, il faut reconnaître que les collèges funéraires des débuts de l'Empire romain présentent avec elle d'étranges ressemblances. Au Moyen Age, corporations et confréries remplissaient, en plus de leur but professionnel ou religieux, une fonction de secours mutuel en cas de maladie. Chamousset, en 1770, préconisait la création à Paris « d'une maison d'association dans laquelle, au moyen d'une modique cotisation mensuelle, chaque associé s'assurera dans l'état de maladie toutes sortes de secours que l'on peut désirer » (1). La Révolution, hantée par l'idée de liberté

(1) Lallemand, *Histoire de la Charité*.

individuelle, interdit toute association et, en proclamant leur droit à recevoir des soins, oblige les citoyens malades à subvenir eux-mêmes à leurs besoins, ne leur donnant pour tout secours qu'une assistance publique déplorablement organisée.

Après une période où elles furent plus ou moins tolérées, en 1852, les sociétés de secours mutuels prirent de nouveau une existence officielle et le statut qui les régit actuellement remonte à la loi du 1^{er} avril 1898. Leur constitution est libre, sous certaines conditions de forme. Toutes ont une capacité juridique. Les unes sont des sociétés libres sans aucun rapport avec les pouvoirs publics; d'autres sont approuvées, leur comptabilité est surveillée, elles jouissent de certaines faveurs, entre autres de subventions de l'Etat. Enfin, les sociétés reconnues d'utilité publique, dont les statuts sont fixés par décret pris en Conseil d'Etat, jouissent des mêmes avantages que les précédentes, mais elles ont une plus grande capacité juridique. Les unes comme les autres peuvent se constituer en unions, soit dans un but de réassurance, soit pour entreprendre une œuvre nécessitant des capitaux importants, comme la fondation d'une pharmacie mutualiste.⁽²⁾

Le mouvement syndicaliste contemporain a exercé une influence profonde sur la mutualité et de très nombreuses sociétés ont pris, comme cadre, une profession ou même tel syndicat professionnel déterminé.

L'importance de la mutualité, à s'en tenir à l'examen superficiel du nombre de ses adhérents, pourrait paraître en France, considérable. En 1926, ils étaient près de 6 millions inscrits à des sociétés qui, pour la plupart, assurent

(2). Il y avait en France, en 1928, 28 pharmacies mutualistes, auxquelles se fournissaient les membres de plusieurs centaines de sociétés.

la maladie. Il est vrai que les membres honoraires, qui ne sont pas bénéficiaires, mais seulement cotisants, et les 750.000 enfants des mutualités scolaires une fois déduits, le total est inférieur à 4 millions et demi. De plus, parmi les bénéficiaires on trouve surtout de petits employés, de petits rentiers, et les familles ouvrières, moins prévoyantes, n'y représentent pas même un million d'associés sur une population de plus de 45 millions.

Mais l'impuissance de la mutualité lui vient surtout de la faiblesse de ses ressources et de la trop grande dispersion de ses effectifs. Les sociétés — il y en a près de 22.000 dans l'ensemble du pays — ont un nombre d'adhérents très variable; mais, si l'on fait la moyenne, on trouve pour chacune 238 membres actifs et 32 membres honoraires. De même, les cotisants adultes versent environ 20 francs par an, alors que le versement prévu pour l'assurance maladie est, pour la catégorie moyenne, de 160 francs, et serait du double s'il était calculé selon le tarif allemand. Aussi voit-on des sociétés verser à l'assuré malade une indemnité journalière de 3 fr. 50 et une participation aux frais pharmaceutiques et médicaux ne dépassant pas 60 francs pour toute la durée d'une maladie. Leurs secours en nature se limitent à une période de trois ou six mois, et ceux en espèces ne viennent jamais qu'après un assez long délai de carence. Encore ne serait-il pas possible de fournir ces prestations avec les seules cotisations : celles des membres actifs ne dépassent pas de beaucoup la moitié; avec l'appoint des membres honoraires on obtient une proportion de 60 p. 100 des dépenses. Le surplus des ressources provient de subventions de l'Etat, des départements et des communes, de dons et legs, de cotisations importantes versées par de grandes entreprises qui assurent leurs employés, de sur-

primes spéciales d'entrée, d'amendes infligées aux sociétés, etc.

Mais, malgré les faveurs de la loi, malgré les encouragements de certaines entreprises privées, il faut bien reconnaître qu'en France la mutualité n'a donné que des résultats bien insuffisants.

D'abord, elle n'atteint pas l'immense majorité des travailleurs, parce que ceux-ci ne sont pas attirés par l'importance des prestations fournies. Cependant il est à craindre que si, pour les accroître, on augmentait les cotisations, le taux élevé ne décourage encore un plus grand nombre de gens. Il faut, en effet, tenir compte du caractère individualiste français, peu porté à l'association, surtout dès que celle-ci lui demande un concours matériel d'une certaine importance. Les mutualités, de plus, exigent des conditions d'âge et de santé. Elles réclament aussi toute une éducation basée sur une honnêteté scrupuleuse de leurs adhérents, à laquelle tous les travailleurs ne comprennent pas qu'il faille se soumettre. Si bien que les mutualistes eux-mêmes ne cherchent pas à sacrifier la qualité à la quantité de leur recrutement. Mais on en arrive à des sociétés squelettiques de quelques dizaines de membres, où les conditions primordiales de l'assurance, en particulier la multiplicité des risques, ne se retrouvent plus; il devient alors impossible de faire une œuvre de quelque importance. Enfin, le plus souvent, les sociétés, une fois constituées, ne s'accroissent guère et, les mauvais risques se réalisant au même moment pour tous les membres, c'en est vite fait du petit patrimoine constitué aux jours de prospérité.

Situation particulièrement regrettable, car rien ne s'oppose, en théorie, à ce que les mutualités comptent un plus

grand nombre de membres qui, sachant prélever sur leurs revenus de plus lourdes cotisations, s'assurent une plus grande sécurité pour le cas de maladie et pour la vieillesse. Si l'immense majorité des salariés, comme il est possible de le concevoir, était mutualiste, la loi d'assurances sociales n'aurait peut-être pas eu à intervenir dans la forme où nous l'avons : son fonctionnement serait en tout cas singulièrement facilité.

C'est qu'en effet la mutualité est une excellente école d'honnêteté et de solidarité. Les mutualistes comprennent qu'en usant, au delà de leurs besoins, des services de la caisse, ils nuisent aux autres membres et l'amitié qu'ils leur portent vient parfois au secours de leur conscience hésitante. Que si, d'aventure, un mutualiste se laissait aller à quelque excès, ses camarades, se voyant lésés par là même dans leurs droits, ne se feraient pas faute de le ramener à une plus saine compréhension de l'institution.

Quoi qu'il en soit, à la veille de l'application de la loi d'assurances sociales, il faut se féliciter de posséder en France un nombre imposant de mutualistes qui, par la discipline à laquelle ils sont habitués et la connaissance qu'ils ont du fonctionnement d'institutions sociales analogues, pourront guider les travailleurs dans la voie où le législateur vient de les engager.

SECTION II

LES INSTITUTIONS PATRONALES

De très nombreuses œuvres sociales ont été créées par d'importants établissements qui occupent un personnel à peu près stable et permanent. Parmi ces œuvres, celles consacrées à la prévention et aux secours de maladie jouent

un rôle très considérable : leurs modalités sont infinies, mais on peut cependant les ramener à un petit nombre de types.

L'employeur peut tout d'abord se borner à donner une subvention, forfaitaire ou proportionnelle au nombre des employés qu'il assure, à une société de secours mutuels. Ceux-ci seront alors incorporés, sans avoir à payer, ou en payant moins que s'ils étaient des mutualistes ordinaires.

Il peut aussi, seul ou avec d'autres employeurs, avec ou sans la participation financière des employés, fonder une caisse de secours qui octroiera des prestations en nature et en argent aux malades. Il existait, en 1927, 26 de ces caisses groupant 1.700 établissements français et dont bénéficiaient 300.000 salariés (3).

Il peut enfin assurer lui-même, plus ou moins largement ou plus ou moins longtemps, le maintien du salaire au cours de la maladie, les secours pharmaceutiques, médicaux et chirurgicaux. C'est là le fait d'entreprises très importantes, principalement de métallurgie, d'industries chimiques, textiles ou d'alimentation. En outre, de plus en plus, l'usage s'établit de payer au personnel rémunéré au mois, pendant un ou plusieurs mois de maladie, le plein salaire ou seulement une quote-part.

Nous allons, à titre d'exemple, dire quelques mots d'une œuvre patronale particulièrement prospère : celle du Consortium textile de Roubaix-Tourcoing, puis du régime des employés de chemins de fer, et nous examinerons brièvement enfin le statut légal de l'assurance des mineurs, qui se rapproche déjà davantage de l'assurance sociale.

L'œuvre du *Consortium de l'industrie textile de Roubaix-Tourcoing* a été créée en 1919. Elle avait d'abord pour but

(3) C.N.E., Conférences, n° 422. Exposé de M. Ley.

le versement d'allocations familiales : ce n'est qu'en janvier 1924 que l'on y adjoignit la branche assurance-maladie. Tous les ouvriers en bénéficient après un mois de présence, eux, leur femme, leurs enfants de moins de 13 ans et leur mère quand elle est à leur charge. Elle assure le remboursement partiel des soins médicaux donnés par le praticien du choix de l'assuré, en lui payant une indemnité pour chaque visite; elle effectue en outre pour les ouvriers à partir du huitième jour de la cessation du travail et pendant quatre-vingt dix jours un versement de 6 francs. En outre, le syndicat régional des pharmaciens du Nord accorde aux ouvriers du Consortium une ristourne de 13 p. 100 sur les fournitures pharmaceutiques. Mais comme parmi ces ouvriers il y avait des mutualistes, pour ne pas porter tort aux sociétés dont ils faisaient partie, le Consortium s'entendit avec elles pour leur verser une cotisation forfaitaire de 40 francs par employé, leur laissant le soin d'assurer des prestations au moins équivalentes à celles qu'il fournissait lui-même aux non-mutualistes. Le Consortium groupe près de 500 patrons et le nombre des ouvriers jouissant de son régime d'assurance est de 120.000 environ; en comptant les membres de leur famille on peut évaluer à près de 250.000 les personnes qui bénéficient de cette institution.

Les Compagnies des Chemins de fer ont, elles aussi, assuré, de très bonne heure à leurs employés, des prestations importantes en cas de maladie. Elles leur maintiennent toujours leur salaire pendant plusieurs mois : c'est ainsi qu'en 1927 les Chemins de fer de l'Etat ont dépensé 23.693.400 francs, ceux du Midi 5.500.000 francs, ceux de l'Est, 8.200.000 francs en plus des indemnités payées par la Caisse de prévoyance de ce dernier réseau. Pour les

soins médicaux et pharmaceutiques les compagnies ont, la plupart du temps, recours à une *Caisse de prévoyance* qu'elles gratifient de larges subventions et qui rembourse aux employés participants leurs dépenses pharmaceutiques et leur assure les soins des médecins du réseau. Les compagnies ont, en outre, créé dans les villes où séjournent un grand nombre de leurs agents, des dispensaires ou des centres de consultations pour eux et leur famille. Certaines ont fondé des sanatoria et des maisons de repos pour leurs employés malades ou fatigués (Midi, P.-L.-M.), ou conclu des ententes avec des maisons préexistantes (Etat).

L'Etat, d'un autre côté, avant même que l'on songe à établir un régime général d'assurances sociales, a estimé qu'il n'était pas bon de laisser à la seule philanthropie des employeurs ou à l'initiative des employés le soin de créer des institutions de prévoyance pour les travailleurs de certaines professions particulièrement pénibles ou dangereuses. C'est ainsi qu'ont été constituées les Caisses de secours des ouvriers mineurs (1894) et le régime de prévoyance de la marine (1905) : Une caisse assure une pension de vieillesse et d'invalidité aux marins et la loi met, en outre, à la charge de l'armateur les soins dus à ceux qui ont contracté une blessure ou une maladie du fait de leur travail. Il n'y a là au fond qu'une extension des dispositions de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Plus intéressante, du point de vue qui nous occupe, est la loi du 29 juin 1894 sur les *Caisses de secours des ouvriers mineurs*. Elle oblige les travailleurs des mines et des industries annexes (déclarées telles par arrêté ministériel) à participer à une caisse de secours. De telles caisses existent, à raison d'une par mine, et sont alimentées par une cotisa-

tion de 3,5 p. 100 du salaire, versée, moitié par le mineur, moitié par l'employeur. Elles assurent, à la fois, des secours en argent à l'ouvrier et les soins médicaux et pharmaceutiques à lui et aux membres de sa famille. Elles continuent pendant la durée de la maladie les versements à la caisse de retraite et donnent des subventions aux veuves et aux orphelins de leurs membres décédés ⁽⁴⁾.

L'administration est assurée par un comité composé pour les deux tiers d'ouvriers mineurs, et pour l'autre tiers, de représentants patronaux. Ces caisses, comme du reste les diverses institutions patronales que nous avons examinées, donnent à peu près toujours satisfaction aux intéressés et il est à regretter que de semblables œuvres ne se soient pas développées plus largement.

SECTION III

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Le nombre d'individus qui peuvent bénéficier de régimes analogues à ceux que nous venons d'indiquer est, malgré tout, très restreint. Les plus nécessiteux d'entre les autres profitaient déjà, il est vrai, de l'*Assistance médicale gratuite*. Voici, en quelques mots, comment elle fonctionne, d'après l'organisation basée sur la loi du 15 juillet 1893.

(4) Au 31 décembre 1928, il existait 224 caisses. L'effectif était de 320.433 membres participants. Elles avaient à cette date un budget de 86 millions 422.305 francs de recettes et dépensaient en secours 76.366.038 francs pour un nombre constaté de journées de maladie de 3.511.163, parmi lesquelles 3.395.791 ont donné lieu au paiement d'une indemnité.

Ces dépenses comprenaient notamment :

Frais médicaux, 10.318.926 francs;

Frais pharmaceutiques, 30.879.620 francs;

Frais d'hospitalisation, 5.803.433 francs;

Secours statutaires de maladie, 26.716.434 francs.

Le service de l'assistance médicale gratuite est organisé par les départements. Les bénéficiaires sont inscrits dans chaque commune sur une *liste d'assistance* constituée de la façon suivante. Toute personne qui réclame le bénéfice de l'assistance médicale doit adresser au maire de sa commune une demande et déclarer les ressources dont elle dispose. Le maire fait, de son côté, une enquête et établit une feuille de renseignements qu'il transmet, avec la demande, au bureau d'Assistance. Après examen de la situation des candidats à l'assistance, le bureau statue, et, s'il les admet, les classe dans l'une des deux catégories existantes. La première comprend ceux qui ne peuvent, en aucune façon, subvenir à leurs besoins, c'est *l'assistance complète*; la deuxième ceux qui sont à même de supporter personnellement soit une partie des frais du traitement à domicile, soit une partie des frais du traitement hospitalier, soit la totalité des frais du traitement à domicile, mais non pas ceux du traitement hospitalier, etc.; c'est *l'assistance partielle*.

En outre l'admission d'urgence peut être prononcée, lorsqu'une personne se trouve sans ressources, soit au cours d'une longue maladie, soit lorsqu'un traitement chirurgical ou autre est reconnu indispensable. Cette admission d'urgence, sans rétroactivité, peut également ne comporter la gratuité que pour une partie des soins à domicile, ou pour le seul traitement hospitalier, ou même pour une partie seulement des frais de ce dernier. Dans ces cas, l'avis du médecin traitant ou des représentants de l'hôpital qui doit recevoir le malade est toujours demandé.

Sous réserve des modalités que nous venons de préciser, les assistés ont droit aux soins médicaux, pharmaceutiques et, le cas échéant, hospitaliers.

L'organisation du service médical varie avec les départements, mais on peut le ramener à deux types distincts : Tantôt le médecin est librement choisi par le malade parmi ceux qui acceptent les tarifs de l'Assistance, tantôt les soins sont administrés dans tout le département par quelques médecins jouissant d'un traitement fixe.

Cette dernière solution, la moins fréquente, ne donne, du reste, satisfaction ni aux malades qui sont moins bien soignés, ni à l'ensemble du corps médical, qui se voit ainsi retirer d'assez nombreux clients. L'Administration elle-même n'y gagne guère à cause des fréquents déplacements dont elle doit indemniser ses médecins.

Soins médicaux et prestations pharmaceutiques sont réglés directement aux praticiens par les départements à la fin de chaque trimestre : nous sommes ici sous le régime du *tiers payant*. Les tarifs médicaux, très sensiblement inférieurs aux tarifs syndicaux ordinaires, peuvent être augmentés d'indemnités de distance. Les opérations chirurgicales sont rémunérées selon le tarif des accidents du travail; quant aux fournitures pharmaceutiques, un grand nombre de spécialités et certains médicaments trop coûteux (vins fortifiants, eaux minérales) sont interdits. Les autres remèdes sont payés un peu au-dessous du tarif syndical.

Lorsque les assistés ne peuvent être soignés utilement à leur domicile, ils sont dirigés, toujours au frais de la collectivité, sur un hôpital recevant des malades de cette catégorie. Leurs frais de séjour sont alors remboursés aux établissements suivant un tarif qui évalue, aux environs du prix coûtant, les prestations fournies.

Bien que les dépenses soient toutes ordonnancées par les préfetures, les finances départementales ne sont pas seules

à y subvenir. Les communes versent, en effet, une part, assez réduite il est vrai, proportionnée au nombre d'assistés qu'elles fournissent. L'Etat donne également une subvention.

Disons en terminant, pour faire voir l'importance d'une telle institution, qu'en 1926, le total des frais se montait à près de 488 millions. Depuis, il a sérieusement augmenté. Il y avait alors 4.700.000 personnes environ inscrites sur les listes de l'assistance publique, 850.000 avaient été soignées à domicile, un peu moins de 300.000 à l'hôpital ⁽³⁾.

Or, aux dires des personnes compétentes, les trois quarts de ces assistés sont de futurs assurés sociaux : c'est donc dans une importante proportion qu'il faut espérer voir se réduire la lourde charge imposée au pays par l'Assistance publique.

*
* *

Pourtant, la conclusion qui se dégage de ce rapide exposé c'est l'insuffisance manifeste des institutions destinées à venir en aide aux malades.

La mutualité est féconde dans son principe, compte de nombreux adhérents, mais les secours qu'elle distribue sont infimes. Les œuvres patronales sont plus efficaces, mais le nombre de ceux qui en bénéficient est encore bien réduit, eu égard à la masse des salariés. L'Assistance publique, très coûteuse et pas toujours satisfaisante, s'adresse, comme la plupart des œuvres privées de bienfaisance, aux seuls indigents.

Si l'on voulait donc assurer à la totalité des travailleurs une certaine sécurité économique, il fallait trouver autre

(3) Chiffres donnés par le dernier Annuaire statistique du ministère du Travail paru (1928).

chose. C'est ainsi que l'on vient d'introduire dans notre pays les assurances sociales. Mais à l'étranger, depuis longtemps déjà, fonctionnaient des institutions analogues, qui n'ont pas été sans influence sur l'œuvre de nos législateurs et dont il importe de dire ici quelques mots avant de nous livrer à l'étude approfondie des lois françaises.

CHAPITRE III

L'ASSURANCE-MALADIE A L'ETRANGER

Dans l'impossibilité trop manifeste où nous sommes d'épuiser cette matière, nous nous bornons à quelques rapides aperçus sur les points qui nous intéressent, en particulier ceux sur lesquels porte notre étude de la loi française. Faire la description des institutions dans chaque pays successivement nous aurait conduit à des redites, aussi avons-nous systématisé les législations, pour en dégager, sur chacun des grands problèmes de l'assurance-maladie, les tendances dominantes. Nous nous sommes, au passage, un peu plus appesanti sur l'Allemagne, parce que, dans ce pays, l'assurance existe depuis assez longtemps pour avoir fait ses preuves; parce que c'est de ce côté aussi que se tournent toujours, pour avoir des données expérimentales, législateurs et polémistes, tirant souvent d'ailleurs, de l'expérience allemande, des conclusions diamétralement opposées.

*
* *

Des assurances sociales existent dans de très nombreux pays et parfois même depuis fort longtemps. L'Allemagne (1883), puis l'Autriche-Hongrie (1888) d'abord; le Danemark (1892-1895), le Luxembourg (1901), la Norvège (1909),

la Serbie (1910), la Grande-Bretagne et l'Irlande (1911), la Roumanie et la Russie (1912) se sont ensuite ralliées à ce régime. Après la guerre, les Etats européens qui avaient obtenu leur statut territorial des traités de paix perfectionnèrent les systèmes d'assurance dont ils avaient hérité ou en instaurèrent un s'ils n'en avaient pas. Tels sont la Tchécoslovaquie, la Pologne, l'Autriche, la Yougoslavie, la Bulgarie, la Grèce, les Etats de la Baltique. La Russie soviétique établit, en 1922, un système nouveau et obligatoire. Hors d'Europe, le Japon et le Chili, l'Australie et l'Afrique du Sud avaient adopté les assurances sociales. En même temps que la France s'occupait de les établir chez elle, le Portugal y venait (1919), suivi par l'Espagne, l'Italie et la Suisse; la Belgique et les Pays-Bas se sont aussi engagés dans cette voie ⁽¹⁾. Ainsi, bien que sous des formes diverses, l'assurance sociale se répand dans le monde et bien rares sont les pays d'Europe qui n'en jouissent pas.

Mais entre ces diverses législations, il y a de nombreuses différences d'application.

Si les salariés du commerce et de l'industrie ainsi que les domestiques sont à peu près partout assurés obliga-

(1) Il nous a paru inutile de signaler longuement l'état de la législation en *Alsace-Lorraine*. En effet, la loi du 17 octobre 1919 stipule que les territoires réintégrés continueront à être régis par les dispositions en vigueur à ce moment jusqu'à ce qu'il ait été procédé par des lois spéciales à l'introduction de la législation applicable dans le reste de la France. Le régime établi par le Code allemand des assurances sociales a donc été maintenu en Alsace et en Lorraine, et les lois du 1^{er} juin 1924, introduisant la législation civile et du 24 juillet 1925 relative au régime administratif n'ont apporté aucun changement en matière d'assurances sociales. Quelques décrets ont, il est vrai, modifié certains points de détail (élévation du taux des salaires, exclusion des fonctionnaires et des salariés ayant un statut analogue du bénéfice de l'assurance : *décrets des 14 mai 1924, 28 décembre 1924, 28 décembre 1925, etc.*; mais il n'empêche que l'on peut se reporter à la législation allemande pour avoir, dans l'ensemble, le tableau des institutions de nos provinces recouvrées.

toires, la situation de l'agriculture varie beaucoup avec les pays. Rarement elle est entrée dès le début, et la résistance qu'elle a opposée lui a permis de rester complètement en dehors de l'assurance dans près de 50 p. 100 des pays les plus divers.

Dans les transports, tantôt les marins jouissent d'un régime spécial, tantôt (Angleterre, Allemagne) ils bénéficient du régime d'assurance des salariés; quant aux employés des chemins de fer, on les traite presque partout en fonctionnaires.

Favorisés à l'époque où rien n'existait pour les salariés ordinaires, parce que le traitement leur était maintenu en cas de maladie, les fonctionnaires se voient maintenant dans une situation inférieure à celle des autres salariés là où ils sont exclus de l'assurance sociale, et c'est le plus grand nombre des pays. Dans très peu, en effet, ils en bénéficient (Russie); dans quelques-uns (Autriche, Hongrie, Pologne), ils jouissent d'un régime mixte qui leur donne les prestations en nature en cas de maladie.

Les travailleurs à domicile, temporaires et saisonniers, ont fait aussi l'objet de dispositions diverses : alors que l'on admet généralement les premiers, il faut pour les autres que le travail soit la source régulière de leurs revenus.

La situation de *salarié* est le plus souvent la seule condition exigée, l'âge, sauf en Grande-Bretagne (16 à 65 ans), n'entre pas en ligne de compte. La nationalité même du travailleur est le plus souvent indifférente. A l'inverse, la loi est toujours territoriale et ne s'applique qu'aux individus travaillant dans l'intérieur du pays. L'Allemagne, la Pologne, la Tchécoslovaquie, cependant, prévoient des mesures de rétorsion contre les ressortissants de pays où leurs

nationaux seraient défavorablement traités. Les rapports de parenté font d'ordinaire exclure de l'assurance la femme employée par son mari, les enfants par leur père.

Une constatation plus susceptible de surprendre est que fort peu de nations connaissent un maximum de salaire au-dessus duquel les travailleurs manuels cessent d'être assurés. Seuls les salariés intellectuels font parfois l'objet d'une limitation, qui est d'ailleurs très libéralement fixée (Allemagne, 3.600 marks; Grande-Bretagne, 230 livres).

En face de cette assurance obligatoire, qui s'étend aux seuls salariés, on trouve presque toujours une *assurance volontaire ou facultative*. Elle reçoit, d'une part, les anciens bénéficiaires de l'assurance obligatoire qui en sont écartés par l'accroissement de leur salaire, lorsqu'un maximum est fixé, ou par la perte de la qualité de salarié; d'autre part, elle accueille directement les personnes n'ayant jamais été salariées, sous la double condition d'un revenu modeste et d'une situation d'âge et de santé ne faisant pas courir à l'assurance de trop gros risques. Signalons en passant que cette assurance est bien moins importante que l'obligatoire : c'est ainsi qu'en Allemagne le nombre des assurés facultatifs atteint 10 p. 100 environ de celui des assurés obligatoires.

La maladie arrête le travail, — donc le gain —, et nécessite des soins : l'assurance garantit toujours ces deux conséquences par des prestations en espèces et en nature. Elle y met cependant des conditions. Souvent un stage, variant de quelques jours à six semaines, doit être subi avant d'avoir droit aux secours (Grande-Bretagne), mais pas toujours cependant (Allemagne, Autriche). Plus régulier est le délai d'attente ou de *carence* dont nous expliquerons plus loin le mérite et qui suspend, pendant les premiers jours

de maladie, le versement des secours en argent : il est de trois jours en Allemagne, Grande-Bretagne, Roumanie, Norvège, etc. et seulement de deux en Hongrie, Luxembourg, Pologne, Suisse.

L'assuré touche l'indemnité de maladie et jouit des soins aussi longtemps qu'il est incapable de travailler et malade, tant que la période maxima déterminée par la loi n'est pas dépassée. Cette période varie entre vingt-six (Allemagne) et cinquante-deux semaines (Tchécoslovaquie, Autriche, Portugal) consécutives ou non; certains pays la réduisent à 16 semaines (Roumanie) ou même 90 jours (Suède). La seule durée des prestations ne permet d'ailleurs pas de voir si l'assurance-maladie est plus ou moins libérale, car elle se complète parfois d'autres branches, l'invalidité par exemple, qui vient au secours des malades lorsque l'assurance-maladie cesse ses prestations.

Les secours en argent sont diversement organisés. En Angleterre, l'indemnité est la même pour tout le monde, quelle que soit la cotisation versée, et légèrement inférieure aux salaires les plus bas. Mais, dans l'immense majorité des pays, ou bien elle est proportionnée directement au salaire, ou bien les salariés sont divisés en un certain nombre de classes pour chacune desquelles un salaire de base fictif est établi, qui détermine à la fois le taux des cotisations et le chiffre de l'indemnité versée. Celle-ci est de 50 p. 100 (Allemagne) 60, 66, 75 p. 100 du salaire; elle atteint même 100 p. 100 en Russie. Elle est le plus souvent susceptible d'accroissement pour les petits salariés ou pour les assurés chargés de famille. Certains pays l'augmentent, d'autres la diminuent quand la maladie se prolonge; le plus souvent, lorsque l'assuré est hospitalisé, elle est totalement supprimée.

Tandis que l'indemnité est réservée aux travailleurs, dont elle remplace le salaire, les soins ont été étendus à la famille de celui-ci : tantôt la loi en fait une obligation aux caisses, tantôt celles-ci y sont venues spontanément. En Angleterre, cependant, les soins sont limités aux seuls travailleurs. Par famille, on entend en général la femme et les enfants, parfois même d'autres personnes à charge (ascendants).

Jamais, ici, il n'y a de délai de carence; il faut que le malade soit vite soigné. Quant à l'étendue des soins médicaux, si l'assurance, dans certains pays (Angleterre), refuse de prendre à sa charge l'intervention des médecins spécialistes, dans le plus grand nombre elle l'accepte, garantissant en outre la petite chirurgie, des traitements spéciaux et les soins dentaires.

L'assurance pharmaceutique est le complément indispensable de l'assurance médicale, et bien peu de pays la refusent intégralement (Norvège). Elle n'est cependant pas partout d'égale étendue. Des législations ne consentent que des préparations simples, indispensables, exécutées de la manière la moins onéreuse, alors que d'autres, plus libérales, accordent des remèdes plus coûteux, et même s'ils sont moins nécessaires au malade.

Tantôt les assurés doivent s'adresser à certaines pharmacies déterminées, avec lesquelles un contrat a été passé, tantôt ils ont le libre choix de l'officine où ils se fournissent.

Enfin, à peu près partout, on peut remplacer, lorsque la situation de fortune ou de famille de l'assuré l'exige, la double indemnisation du salaire et des frais médicaux par l'hospitalisation. A cet effet, des maisons de cure, sanatoria, dispensaires, ont été créés par les caisses en Allema-

gne, Autriche, Tchécoslovaquie, et en bien d'autres pays. Il existe aussi des institutions dentaires et pharmaceutiques de caisses. Dans le domaine de la prévention, un sérieux effort a été effectué en particulier en Allemagne, tant pour fortifier contre les attaques de la tuberculose les personnes que leur profession ou leur constitution y prédispose que pour éviter aux enfants des malades le séjour continué dans un milieu dangereux.

Les législations prévoient aussi, bien souvent, la possibilité d'augmenter les prestations lorsque les caisses disposent d'un supplément d'actif. Mais il faut avouer qu'une telle éventualité est bien rare, car, en matière d'assurance sociale, le déficit est plus fréquent que l'excédent.

Quant à l'organisation du service médical, qui a soulevé en France tant de discussions, elle a été réalisée à l'étranger de diverses façons, dont aucune ne semble plus libérale que la nôtre pour le médecin. En Angleterre, il est vrai, tout médecin est admis à soigner les assurés sociaux, pourvu qu'il se soit inscrit sur une liste : il en résulte pour le malade le libre choix. Ailleurs (Esthonie) tout médecin est admis, à la condition qu'il accepte les règles établies par un contrat collectif ou fixées par les caisses : le libre choix est déjà limité. Dans le plus grand nombre des pays, il y a des médecins de caisses, auxquels les assurés doivent obligatoirement s'adresser sous peine de voir la totalité des frais engagés par eux tomber à leur charge. Tantôt le choix est permis entre tous les médecins des caisses, tantôt le malade doit s'adresser à celui qui est compétent à raison de son domicile (Allemagne, Roumanie).

Le mode de rémunération des médecins varie avec la liberté du choix des assurés. La fonctionnarisation, avec un traitement fixe (Autriche, Yougoslavie), correspond à un

choix très réduit; c'est aussi la situation, dans nombre de législations, des médecins contrôleurs des caisses. A l'inverse, la rémunération attribuée au médecin pour chaque acte médical qu'il a accompli est très répandue lorsqu'existe, d'autre part, le libre choix (certaines caisses allemandes). Des situations intermédiaires ont également été créées : tels sont les forfaits par tête d'assuré (Grande-Bretagne) ou par cas de maladie soignée (Allemagne).

Nous en aurions assez dit sur l'assurance-maladie à l'étranger, s'il n'était nécessaire, pour avoir un aperçu général de l'institution, d'examiner rapidement ses ressources et la constitution des caisses qui l'effectuent.

Trois sources, que les législations combinent différemment, peuvent alimenter les caisses : les contributions de l'employeur, de l'employé et de l'Etat. Seuls les assurés versent en Roumanie, seuls les employeurs en Russie, mais le plus souvent employeurs et assurés prennent chacun une part, variable avec les pays : tantôt les deux sont égales (Japon, Italie), tantôt la part de l'assuré est la plus forte ($\frac{2}{3}$ en Allemagne), parfois même l'employeur verse une part plus considérable ($\frac{3}{5}$ en Pologne). L'Etat, qui intervient presque toujours par une première mise de fonds ou une donation d'édifices ou de mobilier, verse parfois aussi sa part de cotisation : $\frac{1}{3}$ dans les pays de la Baltique, $\frac{1}{2}$ en Norvège. Souvent, les assurés dont le salaire est particulièrement bas versent une cotisation réduite (Suisse, Grande-Bretagne), l'Etat ou l'employeur devant payer le surplus. Parfois, l'Etat prend à sa charge le soin d'une catégorie déterminée de malades (tuberculeux en Irlande). Mais il ne s'agit là que des assurés obligatoires, car les assurés volontaires ou facultatifs ne sont pas aidés dans leurs versements, qui leur incombent en totalité.

Remarquons en passant, — et cela est assez inquiétant pour l'équilibre de notre assurance, dont le revenu est légèrement inférieur à 3 p. 100 du salaire de base, — que la part attribuée à la maladie gravite entre 3 p. 100 (rarement suffisant et 7 p. 100 (Allemagne, de 4 1/2 à 6 p. 100, Russie de 3 à 6 1/2 p. 100, Japon 6 p. 100, Autriche 7 p. 100) (2).

La constitution des caisses dépend beaucoup de la situation des institutions de prévoyance libre dans chaque Etat, lors de l'instauration des assurances sociales. Le législateur a été toujours animé du désir de perfectionner et d'encourager ce qui s'était fondé auparavant. Ainsi, en Angleterre, l'organisation mutualiste a prévalu à cause du grand nombre de sociétés mutuelles préexistantes; en Allemagne, où les caisses d'entreprise étaient nombreuses, l'organisation est surtout professionnelle; de même en Autriche. On a parfois conservé la compagnie privée comme assureur légal, à condition qu'elle renonce à tout bénéfice et adopte la forme mutuelle. Par contre, là où les institutions de prévoyance étaient peu développées, on a dû établir les caisses sur une base territoriale, c'est ainsi que l'on a procédé dans les nouveaux Etats de l'Europe centrale.

Signalons enfin que ces caisses et les groupements qu'elles peuvent constituer sont soumis à un contrôle administratif et financier. Il s'exerce soit d'après des rapports que les caisses doivent présenter, soit par des investigations faites sur place. Tantôt il est assuré directement par le ministre compétent, de l'hygiène ou du travail, tantôt, et parfois en même temps, sont créés des *offices* ou *conseils d'assurance*, investis de fonctions de contrôle et de juridic-

(2) B.I.T., *L'assurance-maladie obligatoire*, 1927.

tion, où siègent, à côté des fonctionnaires, des représentants des diverses professions intéressées. Rarement la solution des conflits et l'application des sanctions en cas de faute sont laissées aux tribunaux ordinaires, soit que l'on s'en remette à l'arbitrage (Autriche, Suisse, Tchécoslovaquie), soit qu'il existe des tribunaux spéciaux d'assurances, comportant au besoin des juges spécialisés en cette matière. C'est le cas de la plupart des pays (Allemagne, Italie, Pays de l'Europe centrale, Norvège, Japon, etc.).

En présence de la diversité des législations en matière d'assurances sociales, le *Bureau International du Travail* avait mis à l'ordre du jour de la Conférence internationale du travail de 1927 la question de l'assurance-maladie ⁽³⁾. D'importantes enquêtes avaient été faites auparavant dans les différents pays du monde, tant sur l'assurance libre que sur l'assurance obligatoire ⁽⁴⁾. Ainsi la Conférence pouvait, à l'aide de ces renseignements, dégager les grands principes qui doivent dominer une assurance-maladie convenablement organisée. Deux projets de *conventions internationales*, relatives l'une aux travailleurs urbains, l'autre aux travailleurs ruraux, ont été établis, ainsi qu'un projet de « *recommandation* », conformément à l'article 405 du Traité de Versailles, qui indique aux divers Etats quels progrès seraient à réaliser dans cette voie ⁽⁵⁾.

(3) Cf. *Revue internationale du travail*, numéros d'août 1927, p. 161 à 203, et de décembre 1927, p. 803 à 833.

(4) Les résultats de ces enquêtes ont été publiés par le Bureau International du Travail dans deux importants volumes : *L'Assurance-maladie libre* et *L'Assurance-maladie obligatoire*, Genève, 1927.

(5) Signalons brièvement les principaux points sur lesquels, soit dans les projets de convention, soit dans la recommandation, la Conférence a particulièrement porté son attention : nécessité du principe de l'obligation, extension à l'ensemble des salariés, importance prédominante des prestations en nature, qu'il faut étendre à toute la famille du salarié; attribution des prestations en nature et en espèces pendant vingt-six

Presque seuls, il est vrai, les Etats de l'Europe centrale et l'Allemagne ont ratifié les conventions (6), mais si de nombreuses nations ont hésité à s'engager d'une manière définitive par une ratification, les travaux de la Conférence n'en ont pas été pour cela moins féconds : ils ont amené certaines réformes dans les pays déjà pourvus d'assurances et surtout ils ont puissamment éclairé ceux qui étudiaient l'introduction chez eux de telles institutions.

APPENDICE

Les renseignements que nous avons donnés dans le présent chapitre au sujet de l'A. M. en Allemagne se réfèrent à la législation antérieure à la réforme du 26 juillet 1930. Il nous a paru en effet préférable d'indiquer d'abord le régime ancien et de grouper ensuite en un rapide tableau d'ensemble les modifications qui viennent d'y être apportées pour que se dégagent mieux les caractères et les enseignements de cette réforme.

Le 26 juillet 1930, le président du *Reich* édictait une ordonnance « pour remédier aux nécessités urgentes d'ordre financier, économique et social » (7). Le titre IV de cette ordonnance a pour but de restreindre les dépenses de l'assurance-maladie pour permettre, sans accroître la cotisation

semaines au moins et plus longtemps si une assurance-invalidité ne fait pas suite à l'assurance-maladie; délai de carence de trois jours au plus, organisation de la prévention, affirmation du principe de la cotisation ouvrière et de la cotisation patronale et de l'opportunité d'une intervention des pouvoirs publics, gestion de l'assurance par des institutions autonomes, supériorité des caisses territoriales en matière de service médical et d'équipement régional sanitaire, solution des conflits relatifs aux prestations par des juridictions spéciales.

(6) *Le progrès des ratifications, Informations sociales*, 6 oct. 1930.

(7) *Reichsgesetzblatt*, I, 27 juill. 1930.

globale; un jeu plus efficace de l'assurance-chômage, que la crise actuelle rend particulièrement nécessaire.

Depuis quelques années, constate un exposé préliminaire, les charges de l'assurance-maladie allemande avaient beaucoup augmenté : le nombre des assurés (37.000.000) est des trois cinquièmes de la population; la morbidité a passé de 8 jours, 7 par an et par assuré en 1913, à 13 jours, 27 en 1928, et sur 100 assurés il y a maintenant 54 cas de maladie au lieu de 43 en 1913. Le trop grand nombre des médecins, la multiplicité des produits pharmaceutiques, l'amélioration de la thérapeutique, la pénurie des logements, qui rend difficile une bonne administration des soins à domicile, le chômage qui incite les assurés sans travail à rechercher les prestations de l'assurance-maladie, plus lucratives que celles de l'assurance-chômage, sont aussi des causes qui ont accru les dépenses de notre institution. Aussi les cotisations réclamées sont-elles lourdes, 6 à 7 p. 100 du salaire pour la branche maladie 16 p. 100 pour l'ensemble des assurances sociales.

L'ordonnance ne modifie pas sensiblement le cercle des assurés.

En ce qui concerne les prestations en espèces, l'indemnité journalière reste fixée à 50 p. 100 du salaire et le délai de carence de trois jours est maintenu; mais alors que les caisses pouvaient jusqu'à présent s'affranchir de celui-ci ou augmenter le taux de celle-là, elles devront désormais se soumettre strictement à ces prescriptions obligatoires.

L'assistance médicale est toujours fournie en nature par les médecins des caisses, mais pour chaque maladie soignée l'assuré se procurera au prix de 50 pfennigs une « feuille de soins ». En matière pharmaceutique, l'assuré supporte lui-même les frais des ordonnances dont le montant ne

dépasse pas 50 pfennigs. Dans les autres cas, il doit verser sur le prix du remède une taxe de 50 pfennigs.

Le bénéfice des prestations en nature est obligatoirement étendu à la famille de l'assuré, alors que jusqu'à présent ce n'était qu'une faculté pour les caisses, qui l'accordaient d'ailleurs largement.

Quant aux médecins, ils n'ont pas à se féliciter de la réforme. Au contrôle technique du syndicat médical est substitué celui de médecins contrôleurs nommés par les caisses. Des obligations très strictes sont imposées aux praticiens dans le traitement des assurés. Leur responsabilité vis-à-vis des caisses peut être mise en jeu, lorsque, par exemple, ils ordonnent un traitement trop onéreux ou qu'ils prescrivent un repos qui n'est pas indispensable. Enfin, si tous les médecins actuellement admis à soigner les assurés sociaux conservent ce droit, on ne devra plus désormais en admettre de nouveaux tant que le nombre total excédera la proportion de un médecin pour 1.000 assurés.

De cette façon, on espère que le maximum de 6 p. 100 du salaire n'aura pas à être dépassé par les cotisations de l'assurance-maladie. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que le taux pourra être porté jusqu'à 7,5 p. 100. On estime même que, normalement, un prélèvement de 5 à 5,3 p. 100 sera suffisant à garantir le fonctionnement de cette assurance.

Il n'est pas possible de connaître encore le résultat de cette réforme. Si la responsabilité des caisses est allégée, la situation des assurés devient dans l'ensemble moins avantageuse : c'est à dessein, du reste, que l'on a mis quelques complications dans le recours aux avantages fournis par l'assurance, afin de limiter la fraude qui sévis-

sait si fortement en Allemagne. Quant au corps médical, il est visiblement sacrifié, et il est bien permis de se demander si, pour éviter des abus, fréquents il est vrai, les prescriptions sévères de l'ordonnance du 26 juillet 1930 ne font pas trop bon marché des conditions indispensables au bon exercice de la médecine.

DEUXIÈME PARTIE

L'ASSURANCE-MALADIE TELLE QU'ELLE A ÉTÉ ÉTABLIE PAR LES LOIS FRANÇAISES DES 5 AVRIL 1928, 31 AOUT 1929 ET 30 AVRIL 1930

CHAPITRE PREMIER

APERÇU GENERAL SUR LES ASSURANCES SOCIALES EN FRANCE

Contrairement à la marche suivie par certains pays, l'Allemagne par exemple, où les diverses assurances dites *sociales* n'ont été introduites que les unes après les autres et parfois même à d'assez longs intervalles, c'est tout un système que la France vient de recevoir des lois des 5 avril 1928, 5 août 1929, 30 avril 1930.

Si chacune des branches d'assurance prévues jouit, dans son économie propre, d'une certaine autonomie, la création simultanée de toute une organisation par une même loi fait que les divers chapitres s'appellent les uns les autres, se compénètrent parfois et toujours se réfèrent à des dispositions générales communes à tous les risques assurés.

Aussi nous paraît-il impossible à entreprendre l'étude de la partie qui concerne l'assurance-maladie sans avoir fait connaître, au moins dans ses grandes lignes, l'ensemble de la loi. De plus, comme elle a une longue histoire, dont les divers incidents n'ont pas été sans influence sur sa rédaction définitive, il faut d'abord remonter quelque peu dans le temps pour examiner ses antécédents et étudier sa genèse.

SECTION PREMIERE

L'HISTOIRE DE LA LOI

Nous avons vu précédemment combien, vis-à-vis des pays voisins, presque tous dotés d'un système d'assurances sociales plus ou moins étendu, la France faisait triste figure. Les lois sociales étaient bien peu nombreuses; encore les unes n'étaient-elles que des lois de pure assistance pour les indigents (loi du 13 juillet 1893), d'autres une simple consécration de la responsabilité de l'employeur (loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail), d'autres encore ne faisaient que tracer des cadres vides à l'initiative privée, à laquelle elles indiquaient la voie, en lui accordant quelques encouragements (loi du 1^{er} avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels). Seule peut-être la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes se rapprochait un peu de la forme « assurance sociale » et cependant, malgré 24 ans de préparation ⁽¹⁾, elle ne semble pas avoir reçu un accueil très enthousiaste des travailleurs urbains et paraît presque complètement ignorée des travailleurs ruraux.

Les projets d'assurance sociale n'avaient cependant pas

(1) Le premier projet remonte à 1886.

manqué : depuis 1893, on peut en compter 22 qui visaient le plus souvent la vieillesse ou l'invalidité. L'un d'eux pourtant était plus complet; il fut présenté, en 1898, par M. Dubuisson. Il prévoyait des secours en cas de chômage, de vieillesse et de maladie.

Dès lors l'institution, en France, d'assurances sociales devint une des grandes revendications ouvrières. L'exemple de l'Alsace-Lorraine, qui jouissait de cet heureux régime, était cité avec, à l'appui, des chiffres que nous ne saurions d'ailleurs prendre à notre compte : la mortalité y était moitié moindre que dans certains de nos départements, l'assistance publique considérablement réduite et les décès par la tuberculose avaient baissé de 60 p. 100. Dès 1920, apparaissent des propositions dont les fondements sont déjà ceux que le législateur consacrera définitivement : Unité d'assurance, obligation de principe, assurance facultative, contributions des patrons et des salariés. Les risques prévus, notamment dans une proposition de M. Peyronnet, sont déjà : maladie, vieillesse, invalidité et maternité.

Cette fois le Parlement s'émut et le projet fut confié à la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre, qui l'examina et le transforma jusqu'en décembre 1922. Puis la Chambre, après une année d'attente, le discute, en 1924, et y apporte des modifications nombreuses : elle étend notamment la loi à un plus grand nombre de salariés et majore les avantages qu'ils pourront recevoir. Le Sénat fut alors saisi du projet, et pendant près de trois ans, ses diverses commissions, celle de l'hygiène surtout, ont opéré sinon une refonte complète, du moins d'innombrables retouches, d'où seuls les principes généraux sortirent indemnes.

Enfin le vote eut lieu après un mois de discussion, et le

texte, adopté par 269 voix contre 2, le 7 juillet 1927, ne ressemblait plus guère au projet soumis à la Chambre, ni même à celui qu'elle avait envoyé au Sénat.

La Commission de la Chambre, après avoir beaucoup hésité, aima mieux admettre le projet tel qu'il était qu'en retarder encore l'application par des modifications qui auraient pu durer longtemps. Préférant consacrer le principe, dès avant les élections et son renouvellement, la Chambre vota le 14 mars 1928 le texte adopté par le Sénat, qui devint la loi du 5 avril 1928.

L'avant-dernier article de la loi promettait, pour l'année suivante, un règlement d'administration publique qui détermine-rait toutes les dispositions nécessaires à son application; elle devait entrer en vigueur dix mois après la publication de ce règlement au *Journal officiel*. Effectivement, le règlement fut publié le 5 avril 1929 : il fixait nombre de points que la loi n'avait fait qu'indiquer, précisant presque à l'excès certaines questions alors que d'autres, à première vue plus importantes et plus délicates, étaient laissées dans le vague.

Mais si le règlement était venu à l'heure dite, l'application de la loi, elle, ne vint pas.

Les critiques, en effet, qui n'avaient pas été ménagées pendant l'élaboration, se manifestaient maintenant avec d'autant plus de force que l'on avait pour base de la discussion un texte ferme dont on pouvait penser l'application prochaine.

Seuls, les ouvriers, ou surtout les groupements qui les représentent, les guident et parfois les excitent dans leurs revendications, se déclaraient à peu près satisfaits, et réclamaient l'application de la loi sans aucun retard ni ajournement. Tout au plus désiraient-ils en voir étendre le béné-

fice à des salariés mieux rémunérés et demandaient une véritable assurance-chômage. Le patronat industriel et commercial, au contraire, ne cachait pas son peu d'enthousiasme pour la loi. Dès les premiers jours de janvier 1929, il avait constitué un *Comité central des assurances sociales* qui se donnait pour mission de coordonner les revendications patronales et, par une action concertée, de les imposer à l'attention des pouvoirs publics.

Ce que les patrons reprochent d'abord à la loi ce sont les lourdes charges qu'elle impose à l'économie nationale et la complication de ses formalités. La représentation qui leur est accordée dans les conseils d'administration des caisses ne les satisfait pas; ils voudraient aussi que l'on tienne compte davantage des œuvres sociales qu'ils ont déjà fondées. Ils auraient enfin désiré qu'une application de la loi, risque par risque, par paliers, fût essayée, qu'une entente internationale intervînt pour ne pas mettre la production française dans une situation économique inférieure vis-à-vis d'autres pays.

Les mutualités, de leur côté, formulaient de vives critiques; le contrôle que la loi allait leur imposer leur était particulièrement désagréable. Elles auraient désiré conserver l'autonomie la plus large possible.

Quant à l'opinion publique en général, elle n'aurait eu aucune raison d'être hostile à la loi, si elle n'avait été effrayée par les dépenses considérables que les assurances allaient imposer à la Nation et par l'incidence qui pourrait en résulter sur le coût de la vie, en général, à un moment où il semblait que le maximum des charges à faire supporter au pays fût atteint.

Mais c'est surtout les questions médicales et agricoles qui furent le champ clos des discussions les plus ardentes.

Le 20 janvier 1929, le Conseil de la Confédération des syndicats médicaux français écrivit aux parlementaires une lettre dans laquelle ce groupement déclarait « avoir pour devoir de défendre la médecine et les médecins et, ce faisant, les assurés futurs ». Il manifestait l'espoir qu'une modification serait apportée à la loi « dans l'intérêt de la valeur scientifique et morale de la médecine » et il ajoutait que, dans le cas contraire, conformément aux décisions « prises par le Congrès du 30 novembre 1927 et par l'assemblée générale du 7 décembre 1928, le corps médical syndiqué refuserait sa collaboration à la loi. » Il précisait les points du projet sur lesquels il se montrait le plus intransigeant : libre choix du médecin par l'assuré, entente directe avec le malade pour le paiement des honoraires et droit à des honoraires pour chaque malade soigné, respect du secret professionnel, liberté des prescriptions, habilitation par le groupement national des syndicats aptes à contracter avec les caisses, etc.

Dès avant le vote de la loi, les campagnes, de leur côté, montraient une attitude défavorable : les chambres d'agriculture demandaient déjà « l'organisation des assurances sociales par profession, en tenant compte des besoins et des possibilités de chacune d'entre elles, en commençant par les risques les plus graves et en excluant le plus possible les professions agricoles. La modicité des revenus et des salaires perçus par les petits cultivateurs et les ouvriers agricoles, l'esprit individualiste des paysans, la forme d'épargne qui leur est chère entre toutes : l'accroissement de leur lopin de terre, tout cela n'était pas fait pour les bien disposer en faveur d'une loi de solidarité et de prévoyance sociales. Ils ne voulaient voir qu'une chose : on leur demandait de prélever des sommes importantes sur

leurs maigres disponibilités, alors qu'une crise de mévente d'une particulière violence, survenant au cours de l'année 1929-1930, rendait leur situation extrêmement difficile.

Aussi bien, la loi de 1930 a-t-elle fait porter ses principales modifications sur les points les plus critiqués et, dans le domaine qui nous occupe, nous pouvons constater que d'importantes satisfactions ont été données aux médecins : la presque totalité de leurs revendications ont été accueillies et la loi est maintenant d'accord avec *la Charte du corps médical*.

Un nouvel effort a été fait en faveur des familles nombreuses. Les conditions d'entrée dans l'assurance obligatoire et facultative ont été, dans une certaine mesure, améliorées pour les personnes chargées de famille, ainsi que les prestations accordées à cette même famille au cas de maladie de son chef.

Le régime des Caisses a été transformé et assoupli : on a tenté une adaptation aux besoins essentiels de la mutualité; de même des rouages administratifs ont été supprimés, l'ensemble de l'organisation a été simplifié (2).

Une assurance-maladie a été créée en faveur des assurés retraités. L'agriculture surtout reçoit un régime spécial qui essaie, tout en sauvegardant le principe de la loi, de donner à l'assurance des paysans un statut moins onéreux et plus simple; mais c'est au prix de bien des sacrifices et en imposant à l'Etat une charge si lourde que l'on peut craindre de voir faussé par là l'équilibre déjà bien fragile de toute l'institution.

Aussi bien l'assurance-maladie est-elle maintenant toute

(2) C'est ainsi que le contrôle que la Caisse départementale faisait peser sur toutes les caisses primaires, y compris les mutualistes, a été supprimé, ces caisses départementales n'étant plus, selon la loi du 30 avril 1930, que des caisses primaires comme les autres.

différente de celle que présentaient les premiers projets et même la loi du 5 avril 1928 : Nous aurons l'occasion de nous en apercevoir au cours de l'étude que nous allons faire.

Mais il faut, avant même d'y procéder et pour mieux comprendre son fonctionnement, situer rapidement l'assurance-maladie dans le cadre général des assurances sociales.

SECTION II

LES GRANDES LIGNES DE LA LOI

§ 1. — Le principe.

Les dispositions de la loi s'appliquent, sous réserve de modalités différentes, à deux catégories d'assurés, *obligatoires* et *facultatifs* : la distinction entre eux sera faite en détail à propos des bénéficiaires de l'assurance-maladie, de même que seront alors précisées les conditions requises de revenu et de travail.

L'assurance obligatoire comprend essentiellement des salariés, l'assurance facultative des non-salariés vivant principalement du produit de leur travail. La première entraîne l'application générale de la loi, tandis que la seconde laisse le libre choix des risques assurés. Dans celle-ci l'assuré seul cotise, versant ce qu'il veut entre un maximum et un minimum légalement fixés; dans celle-là, il doit verser une part de son salaire, qui est en moyenne de 4 p. 100, et son employeur verse autant.

Ces différences s'expliquent aisément : Le salarié seul a un employeur régulier, son gain est fixe et connu aisément, à lui seul enfin le système du précompte peut être appliqué.

Enfin l'assurance obligatoire fonctionne selon les principes de la mutualité, l'assurance facultative sur la base de

la capitalisation. La première, en effet, admet tous les individus d'une situation donnée; ainsi se trouve-t-elle appelée à recevoir une grande quantité de risques les plus divers, bons et mauvais. Elle repose sur la solidarité et son équilibre pourra subsister sans qu'il y ait besoin de prendre vis-à-vis des assurés des précautions préalables : elle n'a pas, étant obligatoire pour tous, à redouter de voir, comme l'assurance facultative, accourir à elle les seuls mauvais risques. Celle-ci, au contraire, comme une compagnie privée, a dû se baser sur la capitalisation et subordonner son accès à des conditions précises d'âge et de santé, qui ne se relâchent de leur sévérité qu'en faveur des individus provenant de l'assurance obligatoire ou de certaines institutions de prévoyance préexistantes, (Retraites ouvrières et paysannes). Sa principale supériorité sur les compagnies privées est que, gérée par l'Etat, elle ne prélèvera que très peu de frais d'administration (5 p. 100) et aucun bénéfice, tandis que, pour les entreprises commerciales, ces prélèvements atteignent environ 20 p. 100. A cotisations égales, l'assuré aura donc des prestations plus fortes avec l'assurance sociale. Enfin, depuis la loi de 1930, les salariés agricoles sont soumis à un régime spécial.

§ 2. — Les risques assurés.

Ce sont :

1° *La maladie.*

2° *La maternité.*

3° *L'invalidité.*

(Pour ces trois risques nous nous contentons de renvoyer à l'étude que nous en ferons au chapitre III ci-dessous.)

4° *La vieillesse.* — Une retraite est garantie aux bénéficiaires de la loi, à l'âge de 60 ans, susceptible d'être liquidée par anticipation à 55 ans ou, au contraire, d'être retardée.

dée jusqu'à 63 ans et majorée. La part de la cotisation affectée à la constitution de la retraite est de 4 p. 100 environ du salaire, et la pension doit en atteindre 40 p. 100.

5° *Décès.* — Les ayants droit de l'assuré reçoivent à son décès un capital fixé à 20 p. 100 du salaire annuel moyen touché par l'assuré, depuis l'âge de 16 ans jusqu'au jour de sa mort. Il ne devra pas toutefois être versé une indemnité inférieure à 1.000 francs, si l'assuré a toujours cotisé régulièrement.

6° *Droit des chômeurs à l'assurance.* — L'assurance verse pour le compte du chômeur involontaire, au maximum pendant quatre mois par an, la double cotisation ouvrière et patronale de façon à lui maintenir le bénéfice de l'assurance.

7° *Participation aux charges de famille,* notamment dans l'assurance maladie, maternité, décès (pension d'orphelins).

§ 3. — Les organes financiers.

Les prestations seront distribuées par des organes locaux. Ce sont les caisses primaires et les caisses primaires départementales ou interdépartementales, constituées selon la loi du 1^{er} avril 1898 sur les mutualités, et dotées de la personnalité morale. Le contrôle du ministre du Travail s'exerce sur elles par l'intermédiaire d'inspecteurs et de fonctionnaires du contrôle, celui du ministre des Finances au moyen des vérifications effectuées par l'inspection générale des finances, les trésoriers-payeurs généraux et les receveurs particuliers. Elles n'ont qu'une seule caisse, mais tiennent une comptabilité distincte pour chaque risque assuré (3). Elles doivent, en outre, avoir reçu l'agrément du

(3) Art. 29, § 1, de la loi; décr. 23 juill. 1930 sur la comptabilité des caisses, *passim*.

ministre du Travail ⁽⁴⁾. Les Caisses sont administrées par un conseil de 18 membres, représentant les diverses catégories de personnes intéressées à l'application de la loi ⁽⁵⁾.

Les caisses primaires sont formées par la réunion spontanée des assurés par profession ou par localité ou par les mutualités et les institutions déjà existantes. « Le service départemental fait porter, par les soins de la Caisse des dépôts et consignations, au crédit des caisses primaires, pour chacun des adhérents à ces caisses, la portion de cotisation afférente aux risques qu'elles sont autorisées à couvrir... » ⁽⁶⁾.

Alors que toute caisse peut assurer les risques dits de répartition (maladie, maternité, soins aux invalides, décès); certaines conditions, certaines garanties financières sont requises des caisses qui assurent les risques de capitalisation (invalidité, vieillesse) ⁽⁷⁾.

Dans chaque département une Caisse primaire départementale « est chargée des risques de répartition pour tous les assurés non inscrits à une autre caisse primaire » ⁽⁸⁾. Pour les risques de capitalisation, les assurés non affiliés aux caisses primaires et à des institutions préexistantes autorisées par la loi des assurances sociales à continuer de fonctionner ⁽⁹⁾ « sont inscrits à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, qui ouvrira dans ses écritures une section spéciale pour les opérations afférentes à la présente loi » ⁽⁸⁾.

Enfin signalons que l'adhésion de l'assuré à une caisse

(4) Art. 27, § 1, de la loi.

(5) Art. 26, § 9, de la loi.

(6) Art. 28, § 1, de la loi.

(7) Art. 26, §§ 4 et 44 de la loi.

(8) Art. 26, § 5, de la loi.

(9) Art. 44 de la loi.

d'assurance est valable pour deux ans, sauf le cas où il change de lieu de travail ⁽¹⁰⁾.

A côté des caisses, la loi a prévu l'existence de deux « fonds » : d'abord le *fonds de majoration et de solidarité* dont les missions sont multiples. Il assure, d'une part, certaines prestations (charges de famille, minima légaux des pensions d'invalidité) et, dans la limite de ses disponibilités, il majore les prestations des assurés obligatoires et facultatifs, les versements des assurés agricoles, etc... Ses ressources sont également nombreuses, les principales lui viennent d'un prélèvement sur les cotisations et d'une contribution de l'Etat.

Le *fonds de garantie de compensation* est destiné à couvrir éventuellement les insuffisances annuelles de recettes et à parer à l'insolvabilité des caisses. Il est alimenté par un prélèvement effectué tant sur leurs excédents éventuels de recettes que sur les cotisations versées ^(10 bis).

Ces deux fonds sont gérés par la « Caisse générale de garantie », qui dépend du ministère du Travail, jouit de la personnalité civile et d'une pleine autonomie financière.

§ 4. — Les organes administratifs et consultatifs.

La loi du 5 avril 1928 prévoyait toute une série d'offices : *national, interdépartementaux et départementaux*, chargés d'assurer l'application de la loi et de veiller à son observation. C'est, en particulier, à l'Office national que devait revenir la tâche d'en préparer la mise en marche. La loi du 30 avril 1930 a supprimé ces divers offices; mais elle a décidé que « le ministre (du Travail) est chargé d'assurer, par ses services d'administration centrale, l'application de

(10) Art. 33, § 1, de la loi.

(10 bis) Art. 69 à 71 de la loi.

la présente loi. Dans les départements, un service départemental ou, exceptionnellement, interdépartemental des assurances sociales, placé sous l'autorité du ministre, concourt à cette application » (11). En outre, « le contrôle général de l'application de la présente loi est confié au service actuel de contrôle des retraites fonctionnant auprès du ministre du Travail » (12):

A côté des rouages administratifs il a été établi un corps consultatif, le *Conseil Supérieur des assurances sociales*, dont la composition est extrêmement variée (hommes politiques, délégués des diverses professions intéressées, personnes spécialisées dans l'assurance et l'assistance, hauts fonctionnaires, etc...). Ce Conseil assiste le ministre pour tout ce qui se rapporte à l'étude des problèmes relatifs aux assurances sociales, sa composition très large permettra d'y faire entrer les compétences utiles et des personnes appartenant aux divers milieux touchés par la loi. Il élit dans son sein une *section permanente* qui « donne son avis sur les questions qui lui sont renvoyées, soit par le Conseil supérieur, soit par le ministre du Travail. Elle se subdivise en quatre sous-sections : technique et financière, administrative et de garantie contre le chômage, juridique, médico-pharmaceutique » (13) qui se répartissent les travaux selon leur compétence.

La loi a, en outre, prévu diverses juridictions spéciales qui seront appelées à statuer sur les litiges provoqués par le fonctionnement des assurances sociales et dont nous examinerons plus en détail le rôle au chapitre VI ci-dessous.

(11) Art. 68, § 1, de la loi.

(12) Art. 68, § 2, de la loi.

(13) Art. 68, §§ 7, 8, 9, de la loi.

*
* *

Telles sont, rapidement esquissées, les grandes lignes de la loi, dont nous allons maintenant examiner plus à fond la partie relative à la maladie.

Toute la question se ramène à chercher quelles conditions il faut remplir pour avoir droit aux secours de maladie et, ces conditions une fois remplies, à quelles prestations on a droit.

Nous étudierons à cet effet : dans un premier chapitre, les bénéficiaires de l'assurance-maladie ; dans un second le risque maladie tel que l'entend la loi, et dans une série de chapitres suivants les diverses prestations accordées, soit en nature soit en espèces. Nous signalerons enfin à quel contrôle et à quelle juridiction peuvent être soumis les différends occasionnés par l'application de cette institution.

CHAPITRE II

LES BENEFICIAIRES DE L'ASSURANCE-MALADIE

La première question que pose l'étude d'une loi est celle de savoir quelles personnes y sont soumises. C'est ce que nous allons nous efforcer de préciser dans ce chapitre. Nous serons en même temps amené à exposer sommairement, à propos de chaque régime d'assurance, la participation pécuniaire que l'assuré doit fournir et, d'une manière générale, les ressources qui alimentent les caisses.

Nous allons successivement passer en revue d'abord la condition des assurés obligatoires, puis celles des assurés facultatifs qui cotisent en vue du risque maladie. Nous signalerons enfin la situation spéciale faite par la loi à plusieurs catégories de personnes, et la façon dont l'assurance-maladie se concilie tant avec les diverses autres branches d'assurance qu'avec les lois préexistantes.

SECTION PREMIERE

L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

•

L'article 1^{er}, § 2, al. 1: « Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés de l'un et l'autre sexe dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 15.000 francs » pose un triple problème : *La notion de salarié, la notion de rémunération totale annuelle* et enfin

le taux maximum du salaire doivent être successivement étudiés.

§ 1. — Qui est salarié au sens de la loi du 30 avril 1930 ?

La loi ne donne que deux précisions à ce sujet : elle indique d'abord que « ne sont pas considérés comme salariés les enfants : 1° soumis à l'obligation scolaire, qui effectuent un travail salarié non interdit au livre II. art. 1^{er}, du Code du travail; 2° qui, sans recevoir de salaire en argent, travaillent chez leurs parents et pour le compte de ceux-ci » (si donc ils recevaient un salaire de leurs parents, ils seraient considérés comme salariés). Elle exclut ensuite également « les personnes dont le nombre de journées de travail salarié, accomplies habituellement au cours d'une année, est inférieur à 90 », et c'est tout. Mais il faut essayer de trouver une définition du salarié et, pour cela, tout à la fois se rappeler que, loi sociale par excellence, la loi de 1930 doit être interprétée d'une façon aussi compréhensive que possible et chercher, dans les autres lois ou dans les résultats de leur application, une idée précise de ce qu'on doit entendre par ce terme. Nos législateurs n'avaient pas, du reste, l'intention d'innover en cette matière, et ils ne se sont abstenus d'une définition générale que parce qu'ils avaient cru la notion de salarié suffisamment précisée par la législation et surtout par la jurisprudence antérieures.

La première grande loi sociale, celle du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, ne peut pourtant pas nous être d'un grand secours. Son domaine d'application était limité, à l'origine, aux ouvriers de l'industrie et, s'il a été successivement étendu à un grand nombre de professions, il ne comprend cependant pas la totalité des salariés. De même, la loi qui organise la compétence des conseils de prud'hom-

mes la limite à l'industrie et au commerce. Plus intéressantes devraient être les lois du 27 juillet 1921 sur la saisie-arrière des petits salaires et traitements et du 5 avril 1910 sur les Retraites ouvrières et paysannes. Mais l'une et l'autre parlent de salariés sans donner aucune définition : aussi bien est-ce de l'abondante jurisprudence interprétative de ces deux textes qu'il faut la tirer. Pour notre définition, nous tiendrons compte cependant de ce que la loi de 1921 est d'application un peu plus large que la nôtre, puisqu'elle protège les fonctionnaires et certains employés qui sont formellement exclus des assurances sociales (1).

La condition essentielle que pose la jurisprudence pour reconnaître le caractère de salarié est l'existence d'un *contrat de louage de services* légalement valable, avec une *rémunération*, qui place l'individu qui la reçoit dans une situation de dépendance économique vis-à-vis de l'employeur (2).

Cela établi, peu importe la nature de la rémunération :

(1) Art. 49, § I. — Les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins de fer d'intérêt général, des chemins de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaires et d'intérêt local et des tramways; les ouvriers mineurs et ardoisiers et le personnel de leur caisse autonome, les inscrits maritimes et les agents du service général, les agents bénéficiaires de la loi du 28 juillet 1928 relevant des entreprises concessionnaires des services publics du gaz et de l'électricité, les agents relevant des services concédés ou en régie de distribution d'eau et bénéficiaires d'une caisse autorisée en vertu de la loi du 27 décembre 1895, les agents placés sous le régime des décrets des 11 février 1920, 12 janvier 1922, 4 avril 1926; les agents placés sous le régime des décrets des 16 janvier et 28 janvier 1803, et des établissements placés sous le régime des décrets des 28 février 1832 et 28 juin 1854, et des lois des 5 juillet 1900 et 29 décembre 1911; le personnel de la Chambre de commerce de Marseille, dont le caractère de service public découle de la concession de l'outillage des quais (Décr. 28 mars 1916); le personnel des théâtres nationaux subventionnés bénéficiaires d'une caisse de retraite instituée par décret, demeurent respectivement soumis aux législations ou règlements qui les régissent à l'égard des risques garantis par la présente loi.

(2) Cass. civ., 30 oct. et 24 déc. 1912, 23 avril, 9 et 23 déc. 1913, D. P., 18. 1. 81.

il n'y a pas lieu de distinguer suivant la durée et la continuité du travail, suivant que l'ouvrier travaille à l'atelier ou à domicile, ou suivant le mode de paiement du salaire : Le cocher au service d'un loueur de voitures dont la voiture est munie d'un taximètre (3), l'ouvrier travaillant à la commission (4), l'ouvrier ordinaire, le contremaître, le coupeur dans une maison d'habits (5), les secrétaires, commis-greffiers, clerks de notaire, d'avoué ou d'huissier, professeurs, répétiteurs et précepteurs (6), un maître d'armes dans un établissement d'instruction (7), les ingénieurs de manufactures privées, les acteurs (8), commis-voyageurs et voyageurs de commerce (9) (mais non les mandataires qui vendent à leurs risques et périls (10)), les commis, même pour leurs remises proportionnelles, sont tous considérés comme salariés.

Au contraire, l'absence de contrat de travail a fait refuser, par les tribunaux, la qualité de salarié, fussent-ils rétribués, aux artisans (11), tâcherons (12), ministres du culte (13), à la mère au service de ses enfants (14), aux entrepreneurs de transport des dépêches, aux religieuses attachées au service d'un hôpital (15), à l'étudiant en droit clerk amateur (16).

(3) Cass. civ., 22 févr. 1909, D. P., 11. 1. 297.

(4) Trib. de paix, Besançon, 6 mars 1899, D. P., 1901. 2. 401.

(5) Trib. Lyon, 19 nov. 1898, D. P., '99. 2. 217.

(6) Lesage et Compin, 52-53.

(7) Trib. Narbonne, 1^{er} avril 1897, D. P., 97. 2. 353.

(8) Trib. La Rochelle, 22 févr. 1905, *Moniteur des juges de paix*, p. 455.

(9) Lesage et Compin, p. 56.

(10) Caen, 27 mars 1911, D. P., 12. 2. 126.

(11) Lesage et Compin, p. 49.

(12) Trib. Lyon, 19 nov. 1898, D. P., 1900. 2. 217.

(13) Cass. civ., 24 déc. 1912, 23 avril et 23 déc. 1913, précités.

(14) Cass. civ., 9 déc. 1913, précité.

(15) Trib. Le Mans, 28 sept. 1911, D. P., 12. 5. 5; Trib. Rouen, 6 févr. 1912, D. P., 12. 5. 23; Cass. civ., 30 oct. 1912, précité.

(16) Trib. Orléans, 22 sept. 1911, D. P., 12. 5. 6, sur pourvoi; Cass. civ., 25 mars 1912, D. P., 12. 1. 300.

Déduisant ensuite de l'idée de dépendance économique une conséquence logique, on a dit qu'il fallait, en outre, que l'individu tire de son activité professionnelle, placée au service d'autrui, la source principale de sa subsistance. La jurisprudence est, à ce sujet, fort divisée et la Cour de cassation elle-même, après avoir décidé qu'il suffisait, pour bénéficier de la loi du 5 avril 1910, d'avoir un salaire, quelles que fussent par ailleurs les ressources dont on pouvait disposer (17-18-19), a, depuis, refusé ce bénéfice à des personnes pour qui le traitement n'était qu'un accessoire de leurs revenus (20). C'est bien dans cette dernière doctrine que réside la saine interprétation d'une loi destinée à des individus économiquement faibles. Cette solution se dégage au surplus, pour celle de 1930, du rapprochement possible avec son article 37 qui prévoit l'accès de l'assurance facultative aux seuls individus vivant principalement de leur travail.

L'amendement proposé en 1928 par M. Thoumyre, précisant que seraient seuls assurés ceux qui, « s'ils n'étaient pas salariés, ne seraient pas astreints à l'impôt sur le revenu » (21) n'a été rejeté que parce qu'il semblait inutile, le sens de la loi étant suffisamment clair à ce sujet. Les ressources indépendantes du salaire ne doivent cependant faire exclure du bénéfice de l'assurance que lorsqu'elles sont considérables : il faut bien se garder, au contraire, d'en priver le salarié qui, à force d'économie et de travail, est arrivé à acquérir une petite propriété ou quelques titres de rente. Ce serait alors décourager cette qualité si précieuse et si rare qu'est l'épargne dans la classe ouvrière.

(17) Cass. civ., 9 janv. 1917 et 27 avril 1918, D. P., 48. 1. 81.

(18) Cass. civ., 6 août 1912, S., 12. 1. 263.

(19) Trib. Toulouse, 10 nov. 1911, D. P. 12. 5. 3.

(20) Cass. civ., 27 févr. 1919, D. P., 12. 1. 432.

(21) Chauveau, *Loi sur les assurances sociales*, 1928, p. 147.

Si l'on voulait, pour résumer les développements précédents, formuler une définition du salarié, nous dirions volontiers que c'est : *tout individu qui tire de son activité professionnelle, mise au service d'autrui par un contrat de travail, la source principale de sa subsistance* ⁽²²⁾.

Tel est le caractère auquel on reconnaîtra le salarié; mais la loi fixe un maximum de rémunération : comment dès lors évaluer le salaire de chaque individu?

§ 2. — Le mode de calcul du salaire.

Le seul renseignement fourni par la loi est qu'il faut soustraire des sommes reçues les allocations familiales (art. 1^{er}, § 2). Quant au reste, il faut encore recourir aux mêmes sources d'explication que pour déterminer la qualité de salarié elle-même.

De nos observations précédentes, aussi bien que de l'esprit même de la loi, nous pouvons dès à présent déduire que le salaire doit être déterminé d'une façon extrêmement large et extensive. La Cour de cassation déclare que le salaire de base en matière d'accidents du travail comporte tout ce qui, soit en nature, soit en argent, et sous quelque dénomination que ce soit, rémunère l'ouvrier, en un mot tous ses gains, qu'ils résultent ou non d'une clause du contrat de louage dès que, par leur généralité et leur persistance, ils ont pris un tel caractère de certitude que l'ouvrier a dû les faire entrer en ligne de compte dans l'évaluation de ses ressources ⁽²³⁾. Peu importe l'unité de travail prise en considération : mois, semaines, jours, heures ⁽²⁴⁾,

(22) Cf. circulaire ministérielle du 23 août 1930, qui recommande une solution analogue à celle que nous proposons (*J. Off.*, 24 août 1930).

(23) Cass. req., 23 mars 1908, D. P., 1908. 1. 392.

(24) Décr. 24 mai 1930, art. 1^{er}.

ou la modalité : à la commission, aux pièces, à la tâche ou en participation aux bénéfices. Ainsi les fournitures de charbon par une compagnie minière à ses ouvriers ⁽²⁵⁾, la nourriture, le logement ⁽²⁶⁾, les gratifications allouées par le patron ⁽²⁷⁾, mais seulement si elles ont un caractère fixe et habituel ⁽²⁸⁾, le pourboire dans les professions où il constitue un mode de rémunération constant et régulier ⁽²⁹⁾ et dont souvent même le chef d'entreprise tient compte pour fixer le salaire qu'il verse ⁽³⁰⁾ (mais pas lorsqu'il ne constitue qu'une gratification exceptionnelle) ⁽³¹⁾; les allocations supplémentaires qui sont la rémunération du travail ⁽³²⁾, telles, par exemple, les diverses primes accordées aux mécaniciens de chemins de fer (prime de vitesse, de parcours, d'entretien ou d'économie, de même les indemnités de déplacement accordées régulièrement à certains salariés, dont la profession exige des voyages fréquents, doivent être, pour partie, considérées comme le remboursement de frais supplémentaires, mais, pour partie aussi, comme la rémunération d'un surcroît de travail et, à ce dernier titre, entrer en ligne de compte dans le calcul du salaire ⁽³³⁾, à moins toutefois qu'elles soient calculées de façon à ne rembourser que les dépenses réellement effectuées ⁽³⁴⁾.

(25) Douai, 29 janv. 1901, D. P., 1901. 2. 254.

(26) Trib. Marseille, 30 oct. 1924; Vannes, 27 oct. 1925, D. H., 1925, p. 53 et 64.

(27) Rouen, 28 févr. 1900, D. P., 1900. 2. 181.

(28) Grenoble, 5 nov. 1900, D. P., 1902. 2. 463.

(29) Décr. 24 mai 1930, art. 1^{er}.

(30) Cass. civ., 15 mars 1904, D. P., 1904. 1. 553; Paris, 2 juin 1901, D. P., 1901. 2. 253; Cass. req. civ., 21 déc. 1909, D. P., 11. 1. 167.

(31) Trib. Seine, 12 oct. 1900, D. P., 1901. 2. 339.

(32) Cass. civ., 21 janv. 1903, D. P., 1903. 1. 105.

(33) Aubry et Rau, t. V, § 372 *ter*; Baudry-Lacantinerie et Wahl, t. II, n° 1863; Angers, 5 mai 1900, D. P., 1901. 2. 339; Cass. req., 2 déc. 1903, D. P., 1904. 2. 358.

(34) Paris, 26 janv. 1901, D. P., 1902. 2. 298.

Est donc considéré comme salaire tout avantage qui vient rétribuer un travail, et pour nous en tenir à une formule générale, on peut dire que la rémunération totale annuelle dont parle la loi de 1930 est : *tout ce qui, en argent ou en nature et sous quelque dénomination que ce soit, est donné au salarié d'une manière générale et régulière, en échange de son travail au cours de l'année.*

Nous nous sommes efforcé d'introduire quelques précisions dans l'idée de salarié et la notion de salaire. Il nous reste à évaluer le chiffre que celui-ci ne doit pas dépasser pour permettre au travailleur qui le reçoit de bénéficier de l'assurance sociale.

§ 3. — Le montant du salaire.

Peu de dispositions de cette loi, pourtant si contestée, ont donné lieu à plus de discussions que la fixation de ce maximum. Il fallait, il est vrai, en même temps que l'on tenait compte de considérations de principe invariables, ajuster les chiffres à l'ascension continue des prix et des salaires. Ce phénomène explique bien plus encore les modifications apportées à ces chiffres que le souci, pourtant légitime, de concilier la recherche des bons risques représentés par les hauts salariés et le désir de ne consentir des sacrifices pécuniaires que pour des individus vraiment intéressants, c'est-à-dire économiquement faibles. Parti de 10.000 francs en 1922, le maximum s'élève progressivement à 12.000, 13.000 et 15.000 francs dans la loi de 1928, où il est même majoré de 3.000 francs pour le premier enfant à charge et de 2.000 par enfant en plus du premier. La loi de 1930 essaie, tout en maintenant dans une large mesure cet accroissement pour les charges de

famille, de tenir compte des différences du taux des salaires et du coût de la vie existant entre les diverses localités. La maximum est élevé de 3.000 francs dans les villes de plus de 200.000 habitants et dans les circonscriptions industrielles dont la liste sera déterminée par décret sur la proposition du ministre du Travail. Mais, en tout état de cause, il ne saurait dépasser 25.000 francs, quel que soit le nombre des enfants et le lieu du travail. Un tableau, comparant la situation selon la loi de 1928 et les rectifications apportées par celle de 1930, fera mieux comprendre quelles modifications ont été introduites.

Situation de famille.	Loi de 1928.	Loi de 1930.	
		Localités ordinaires.	Grands centres.
Célibataire, veuf ou marié sans enfant.....	15.000	15.000	18.000
Un enfant.....	18.000	17.000	20.000
Deux enfants.....	20.000	19.000	22.000
Trois enfants.....	22.000	25.000	25.000
Quatre enfants.....	24.000	25.000	25.000
Cinq enfants.....	26.000	25.000	25.000
Au-dessus de cinq enfants.....	26.000	25.000	25.000

+ 2.000 par enfant.

Il est heureux de voir le législateur fixer le salaire maximum en considération de la localité où travaille le salarié (car c'est la population de la localité où il travaille et non de celle où il habite effectivement qui est envisagée). Mais on s'explique mal pourquoi le maximum absolu est fixé à 25.000 francs; la loi nouvelle est ainsi moins libérale pour les familles nombreuses que celle de 1928 : alors en effet, seul le nombre des enfants déterminait la limite, tandis que désormais aucun relèvement n'est plus accordé au delà du troisième. C'est là d'ailleurs une remarque plutôt théo-

rique, car le nombre des salariés qui ont une rétribution, toutes majorations pour charge de famille déduites, supérieure à 23.000 francs, est relativement restreint. Ils peuvent du reste, dans ce cas, se constituer quelques économies ou s'affilier d'eux-mêmes à des institutions de prévoyance privées.

§ 4. — L'âge.

Une dernière condition reste à réaliser pour être assuré obligatoire : l'âge. L'âge minimum n'est pas fixé par la loi, et les apprentis eux-mêmes, pourvu qu'ils soient salariés, sont assurés. Le point de départ sera donc l'âge où cesse l'obligation scolaire, puisque, seuls, ceux sur qui elle pèse encore ne peuvent être assurés. Le bénéfice de l'assurance-maladie cesse à 60 ans, quand s'ouvrent les droits à la pension de vieillesse. Toutefois, lorsque le salarié use de la faculté d'en ajourner la liquidation jusqu'à 63 ans et continue à travailler, il reste assuré contre le risque maladie ⁽³⁵⁾.

De même, la loi permet à l'assuré qui demande la liquidation de sa pension de retraite de conserver le bénéfice de l'assurance-maladie pour lui et son conjoint (art. 18, § 2) : « A cet effet, il doit, dès la liquidation de sa pension, verser chaque mois à sa caisse d'assurance une cotisation de 13 francs au moins; il aura droit aux prestations en nature de la présente loi. Sur les ressources prévues à l'alinéa ci-après, le fonds de majoration et de solidarité verse tri-

(35) Nous avons indiqué que l'âge fait perdre la qualité d'assuré obligatoire, mais d'autres circonstances amènent au même résultat. Ce sont, sans parler des déchéances qui pénalisent certaines infractions, la perte de la qualité de salarié et l'accroissement du revenu au delà du maximum prévu. L'assurance facultative peut, il est vrai, recevoir les non-salariés restant dans les conditions de gain ordinaire et les salariés tant que leur rémunération ne dépasse pas de 1.000 francs le maximum fixé.

mestriellement à la caisse d'assurances une subvention égale à 6 francs par mois. »

Il est bien évident que l'assuré ne saurait bénéficier des prestations en espèces, dont le but est seulement de compenser la perte de salaire, à un moment où il a cessé d'être lui-même salarié et où sa pension, quel que soit son état de santé, continuera à lui procurer de modestes ressources.

§ 5. — Les cotisations versées avant la réalisation du risque.

Nous venons de voir les conditions nécessaires pour devenir assuré. Pour être bénéficiaire des prestations de l'assurance-maladie il faut remplir une dernière exigence de la loi : avoir cotisé pendant un certain nombre de jours antérieurement à la réalisation du risque. Cette disposition garantit tout d'abord les caisses contre les fraudes possibles d'individus qui, se sentant malades, pourraient en hâte s'inscrire à l'assurance pour jouir des prestations. Elle leur procure aussi une première avance qui remboursera au moins une partie des frais causés par l'assuré.

Bien que la loi dise « l'assuré devra avoir cotisé », il s'agit certainement de la double cotisation ouvrière et patronale : c'est, en effet, le mode normal de cotiser du salarié et c'est le salariat qui fait attribuer la possession d'état d'assuré. Le Docteur Chauveau, commentant cette disposition, remarque fort judicieusement : « Dès qu'il y a arrêt dans le versement de l'employeur, c'est qu'il y a notamment cessation du travail. Celle-ci peut être due à la survenance du risque. Or, à ce moment, la cotisation doit être acquise à l'assurance. Admettre que l'assuré peut yala-

blement rester assuré, lorsqu'il n'est pas salarié, ce serait modifier le caractère même de l'assurance sociale. » (36).

Quant à la longueur de ce stage dans l'assurance avant la réalisation du risque, elle a été successivement accrue par les remaniements de la loi.

Partis d'une durée d'un mois avec 20 cotisations, ou de trois mois avec 50 cotisations immédiatement avant la maladie (projet voté par la Chambre), nos législateurs avaient, en 1928, réservé le délai d'un mois au début de l'application de la loi. Ils demandent ensuite soixante jours de cotisation dans les trois mois précédant la maladie. Enfin, le texte de 1930 exige dans tous les cas que l'on ait cotisé soit soixante jours dans les trois mois, soit deux cent quarante jours durant les douze mois précédant la maladie.

Remarquons du reste que ces conditions plus strictes n'ont pourtant rien d'excessif et que le délai suffisamment long (un an), sur lequel peuvent être réparties les cotisations, évitera à l'assuré, victime d'un arrêt intempestif de son travail à la veille de la maladie, d'être exclu du bénéfice de l'assurance. De plus, les journées de maladie sont décomptées comme journées de cotisation, ainsi que celles de chômage involontaire jusqu'à concurrence de quatre mois par an, pourvu que, dans ce cas, l'assuré ait versé auparavant pendant un an.

Restent donc finalement privés de prestations les salariés qui n'auront pas, pendant soixante jours au cours des trois derniers mois, ou deux cent quarante jours au cours des douze mois précédents, travaillé, chôme involontairement ou été malades. De telles personnes ne peuvent être que des travailleurs extrêmement irréguliers ou des

(36) Chauveau, *Loi sur les assurances sociales*, p. 322. et 323.

ouvriers établis à leur compte, mais ceux-ci peuvent bénéficier de l'assurance facultative; ils jouissent ainsi à un autre titre des bienfaits de la loi.

§ 6. — Les ressources de l'assurance-maladie obligatoire.

Bien que l'étude du fonctionnement financier des assurances sociales dépasse le cadre de cet ouvrage, nous ne pouvons pas nous dispenser de faire une rapide mention de la part des cotisations affectées au risque maladie, ni de signaler le salaire de base sur lequel elle est calculée. Dans le texte de 1928, qui fixait la cotisation totale à 10 p. 100, l'assurance-invalidité recevait 2 p. 100, l'assurance-vieillesse 3,50 p. 100, ce qui permettait d'accorder à l'assurance-maladie de 2,82 à 3,33 p. 100, suivant les évaluations, et d'avoir encore une légère marge, lorsque les autres risques étaient satisfaits. Désormais, la cotisation est réduite à 8 p. 100 en moyenne du salaire, mais l'invalidité est mise à la charge du fonds de solidarité. Rien ne serait changé si l'on n'avait pas attribué à la vieillesse 4 p. 100. Les autres branches d'assurance se trouvent donc comprimées et la marge prévue est anéantie. Il ne restera, au maximum, pour la branche maladie, que 2,82 p. 100 ou même un peu moins, bien que ce chiffre ait été proclamé par le Docteur Chauveau indiscutable. Là-dessus les prestations en nature absorberont environ 1,82 p. 100 et les indemnités seulement 1 p. 100 du salaire. Nous dirons plus loin quelles craintes nous inspirent ces chiffres. Qu'il nous suffise pour le moment de savoir sur quelle base est calculé le pourcentage.

Si l'on n'a jamais songé à percevoir une cotisation uniforme pour tous les salariés, les deux systèmes de la *pro-*

portionnalité stricte et des *classes de salaire* ont tour à tour joui des faveurs du Parlement. Finalement il s'est rallié au second, à cause de sa plus grande simplicité : ce régime n'est cependant pas exempt de toute critique. Il facilitera peut-être la fraude des assurés qui chercheront, pour payer moins, à rester artificiellement dans une classe inférieure. Il nécessitera quand même des formalités fréquentes et compliquées, lors des changements de classe; enfin, pour un même salaire de base, entre les rémunérations extrêmes, il existera de grosses inégalités de pourcentage (37).

(37) Nous avons réuni ici quelques chiffres. On trouvera dans la première colonne les salaires maximum et minimum de chaque classe, dans la seconde le salaire journalier de base correspondant, la troisième et la quatrième indiquent la cotisation journalière, la cinquième et la sixième leur cotisation annuelle d'après le tableau annexé à l'article 2 de la loi, la septième le taux de l'indemnité versée en cas de maladie. Il nous a paru intéressant de mettre en regard dans la huitième colonne la part des cotisations annuelles affectée à l'A.-M. Enfin, dans la neuvième et la dixième, nous avons calculé, à titre de curiosité, le pourcentage approximatif du salaire réclamé pour l'ensemble des risques à l'assuré qui touche dans chaque classe la rémunération la plus et la moins élevée.

Salaires effectifs	Salaire de base	Cotisation journalière		Cotisation annuelle		Indemnité journalière de demi-salaire	Part des versements affectée à l'A. M. dans l'année	Pourcentage	
		de l'employeur ou de l'employé	totale	de l'employeur ou de l'employé	totale			minimum	maximum
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Moins de 8 francs (moins de 2.400)	6	0,25	0,50	72	144	3	50,76	%	%
De 8 à 14 fr. 99 (2.400 à 4.499)...	12	0,50	1	144	288	6	101,52	6	"
De 15 à 19 fr. 99 (4.500 à 5.999)...	18	0 75	1,50	216	432	9	152,28	6,6	12,5
De 20 à 31 fr. 99 (6.000 à 9.599)...	24	1	2	288	576	12	203,04	7,50	10
32 francs et au-dessus (9.600 et au-dessus).....	36	1,75	3,50	480	960	18	338,40	Pour 15.000 Pour 25.000 4,2	10,9

SECTION II

L'ASSURANCE FACULTATIVE

Nos explications seront ici beaucoup plus brèves, parce que nous retrouvons bien des points communs avec l'assurance obligatoire, dont nous avons traité en détail. Aussi nous bornerons-nous à signaler les principales différences, renvoyant pour le reste à nos développements antérieurs.

Cette assurance est complémentaire de la précédente; elle accueille plusieurs catégories de personnes économiquement faibles, laissées en dehors de l'assurance obligatoire.

a) Ce sont tout d'abord ⁽³⁸⁾, et principalement, les travailleurs non salariés : les fermiers, cultivateurs, métayers ⁽³⁹⁾ non visés à l'article 73 de la loi, c'est-à-dire ceux qui ne travaillent pas d'ordinaire seuls ou avec l'aide des seuls membres de leur famille (conjoint, ascendants et descendants) ou qui possèdent une partie du cheptel, les artisans, les petits patrons, les travailleurs intellectuels non salariés, et, d'une manière générale, tous ceux qui, sans être salariés, vivent principalement du produit de leur travail et sont de nationalité française ⁽⁴⁰⁾. Le produit annuel de leur travail ne doit pas, en outre, excéder les chiffres-limite prévus à l'article 1^{er}, § 2, de la loi. Ces chiffres sont d'ailleurs susceptibles des mêmes majorations pour charge de famille que celles prévues pour les assurés obligatoires

(38) Art. 37, § 1, de la loi; Rapport Antonelli, *J. off.*, 5 oct. 1930, Doc. parl., p. 502 et s.

(39) V. ci-dessous (p. 85), le régime spécial des travailleurs agricoles.

(40) Il est bien juste, en effet, qu'une institution pour laquelle on prévoit une gestion déficitaire, et qui, par conséquent, ne vivra que grâce à des secours de l'Etat, ne profite qu'aux nationaux. Nous verrons tout à l'heure pourquoi il doit en être autrement de l'assurance obligatoire (p. 87).

(art. 37, § 2) : il nous suffit, sur ce point, de renvoyer à l'étude que nous en avons faite ci-dessus (p. 72).

Comme pour les assurés obligatoires encore, on ne doit considérer pour fixer ces maxima que le revenu du travail, qui est la principale ressource des assurés, non le revenu global, et c'est dans ce sens qu'il faut entendre le § 5 de l'art. 38 : « le revenu annuel des assurés facultatifs est déterminé d'après les évaluations qui servent de base à l'impôt sur le revenu et, en cas de non-assujettissement au dit impôt, d'après les déclarations de l'intéressé. Il sera, pour les fermiers, métayers, et cultivateurs, déterminé forfaitairement d'après les chiffres fixés par arrêté préfectoral concernant la nature des hectares cultivés. » ⁽⁴¹⁾;

b) La loi prévoit ensuite une autre catégorie de personnes qui peuvent, en opérant des versements aux caisses, être admises au bénéfice de l'assurance facultative : ce sont les anciens assurés obligatoires qui ont été exclus de cette branche de l'assurance, soit parce que leur salaire dépassait le maximum fixé, mais ne le dépassait pas de plus de 1.000 francs ⁽⁴²⁾, soit parce que, tout en continuant à vivre principalement de leur travail, ils n'étaient plus salariés.

c) Il y a enfin les femmes non salariées d'assurés ⁽⁴³⁾, mais leur situation est régie par des dispositions particulières dont nous dirons quelques mots dans la section III à propos de l'assurance spéciale des femmes.

Sauf dans ce dernier cas, aucune condition d'âge spéciale n'est plus requise depuis 1930 : il suffit d'être dans les limites prévues pour l'assurance obligatoire.

On prend cependant quelques précautions pour éviter

⁽⁴¹⁾ Art. 38, § 5, de la loi.

⁽⁴²⁾ Art. 43, § 2.

⁽⁴³⁾ Art. 43, § 4.

de trop mauvais risques. Ainsi, comme le demandent des compagnies privées, l'assuré doit produire une attestation médicale affirmant qu'il « n'est atteint d'aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever notablement sa morbidité » (44). Seuls les assurés qui « proviennent directement des assurés obligatoires » sont dispensés de cet examen. Cette exigence n'est d'ailleurs pas une simple formalité. Le service départemental vérifie si l'intéressé remplit les conditions prévues par la loi pour être affilié et ce n'est qu'ensuite qu'il transmet la demande à la caisse. Celle-ci procède à son tour à une enquête et peut même faire passer à l'intéressé une nouvelle visite médicale. Alors seulement, et sur avis conforme des caisses, il est procédé à l'immatriculation et une carte est remise à l'assuré.

L'assurance facultative présente encore avec les compagnies privées bien d'autres analogies. Pratiquée par les mêmes institutions que l'assurance obligatoire, elle a cependant sa comptabilité propre à l'intérieur des caisses (45). De cette façon, si la solidarité existe entre les assurés facultatifs — bien que dans une mesure moindre qu'entre les assurés obligatoires — un déficit possible dans l'assurance facultative ne peut en rien préjudicier aux assurés obligatoires, les plus intéressants, s'il faut faire un choix.

Les caisses jouissent aussi, pour l'assurance facultative, d'une plus grande indépendance. Ce sont elles, en effet, qui « établissent, avec l'approbation du ministre du Travail, un règlement fixant les conditions d'admission des assurés facultatifs, et, notamment, de la visite médicale

(44) Art. 38, § 1.

(45) Art. 42, § 1, de la loi.

qu'ils doivent subir, les conditions et délais de paiement des cotisations, les sanctions en cas de non-paiement, le service des prestations-maladie, lorsque l'assuré est logé ou nourri » (46).

Non seulement l'assuré fixe librement le taux de sa cotisation entre 10 p. 100 de son salaire au maximum et 240 francs par an au minimum, mais encore il choisit le ou les risques pour lesquels il s'assure (47). Il paie sa cotisation d'avance (48), et il verse lui-même la totalité de son montant : ainsi disparaît pour lui le côté assistance.

Comme à l'assuré obligatoire cependant, les majorations pour charges de famille lui sont versées dans les mêmes conditions et une somme, qui ne saurait être inférieure à 3 millions, est spécialement affectée à cet usage. Comme lui aussi il subit sur sa cotisation les divers prélèvements au profit du fonds de majoration et de solidarité et du fonds de garantie.

Les prestations de la caisse d'assurance sont fixées d'après un tarif approuvé par le ministre du Travail donnant, par âge, à l'entrée dans l'assurance, le montant des cotisations à payer pour avoir droit à des prestations de base. Il ne s'agit d'ailleurs pas de simples indications que les caisses pourraient modifier selon leurs disponibilités budgétaires. Ce sont des données soigneusement établies d'après des calculs actuariels. Il serait particulièrement dangereux de laisser, en cette matière, trop d'initiative aux caisses, qui pourraient ou vouloir réaliser au préjudice des assurés des économies, ou, au contraire, compromettre leurs finances pour les traiter trop libéralement

(46) Art. 40, § 1.

(47) Art. 38, § 3, de la loi.

(48) Art. 116, § 1^{er}, du décret du 25 juill. 1930.

La loi fait sagement quand elle décide qu'aucune dérogation ne peut être apportée à ce tarif. Elle précise en outre qu'il ne pourra être accordé des indemnités de maladie supérieures à 25 francs par jour ouvrable ⁽⁴⁹⁾.

Indiquons en terminant que l'assuré dont le revenu vient à dépasser le maximum reçoit la notification que, dans un délai de six mois, il cessera de bénéficier de l'assurance-maladie ⁽⁵⁰⁾. Il pourra cependant continuer à verser pour les assurances-invalidité, vieillesse et décès : ce qui montre bien qu'à cet égard encore l'assurance facultative se comporte comme une assurance privée et s'affranchit parfois du maximum légal. C'était, du reste, le seul moyen possible de ne pas léser le travailleur, qui peut avoir cotisé pour les risques de capitalisation et qui ne doit pas être déchu du bénéfice de ses versements antérieurs.

SECTION III

LES RÉGIMES SPÉCIAUX D'ASSURANCE-MALADIE

La diversité des personnes susceptibles de bénéficier de l'assurance a obligé le législateur à établir certains régimes spéciaux qui s'adressent aux femmes d'assurés, aux travailleurs agricoles et aux étrangers. Nous allons, dans trois paragraphes successifs, dire quelques mots de chacun d'eux. Nous examinerons, enfin, rapidement quel sort la loi d'assurances sociales fait aux indigents bénéficiaires de l'assistance médicale et hospitalière gratuites.

(49) Art. 39, § 3.

(50) Art. 43, § 1^{er}.

§ 1. — Le régime spécial des femmes assurées ⁽⁵¹⁾.

Elles ont tout d'abord droit à l'assurance facultative, sans qu'il soit pour elles nécessaire de tirer leurs ressources de leur propre travail, pourvu que leur mari soit lui-même assuré obligatoire ou facultatif. Elles doivent avoir réclamé leur inscription dans les six mois à partir de la mise en application de la loi ou de la célébration de leur mariage, si elles sont âgées de moins de 35 ans, ou, sans condition d'âge, à partir de leur sortie de l'assurance obligatoire. Mais, dans ces conditions, elles peuvent choisir, au lieu de l'assurance facultative ordinaire, une assurance spéciale à *prix réduit* et à prestations également réduites, bien que malgré tout de gestion déficitaire ⁽⁵²⁾. On limite notamment l'assurance-maladie aux avantages en nature : aussi cette situation spéciale n'a pas d'intérêt au cours du mariage. En effet, les soins sont alors donnés à la femme de l'assuré en tant que *conjoint* de son mari. Au contraire, les femmes qui deviennent veuves ou divorcées « peuvent continuer à bénéficier de l'assurance spéciale. Elles ont la faculté de conserver pour elles et leurs enfants les droits aux prestations en nature dont elles bénéficiaient antérieurement, du chef de leur conjoint, moyennant le versement d'une cotisation supplémentaire indépendante du nombre des enfants et dont le montant sera fixé annuellement par décret » ⁽⁵³⁾. La loi étend en outre ce bénéfice aux veuves non remariées d'anciens combattants à raison de leur situation particulièrement intéressante ⁽⁵⁴⁾.

(51) Art. 43, § 4, de la loi; 126 à 130 du décret du 25 juin 1930.

(52) Le déficit prévu est de 9 millions (rapport. Chauveau, n° 433, p. 205).

(53) Art. 43, § 4, b, de la loi.

(54) Art. 43, § 4, c.

§ 2. — Le régime des travailleurs agricoles.

Nous savons quelles considérations ont déterminé le législateur à faire bénéficier les travailleurs agricoles de conditions spéciales et particulièrement avantageuses.

Les assurés obligatoires sont longuement énumérés dans les articles 72 et 73 de la loi. Ce sont « les salariés des professions agricoles et forestières régies par les lois des 30 juin 1899, 15 décembre 1922, 15 avril 1926, sur les accidents du travail, ainsi que les salariés des artisans ruraux visés par l'article 9 du décret du 9 février 1922 et des entrepreneurs de battage et de travaux agricoles adhérents ou non d'un syndicat agricole et, en ce qui concerne l'assurance facultative, les employeurs desdits salariés et lesdits artisans » (art. 72). « Les métayers travaillant ordinairement seuls, avec l'aide de membres de leur famille : conjoint, ascendants, descendants, frères, sœurs, collatéraux, et ne possédant à leur entrée dans l'exploitation aucune partie du cheptel sont assimilés aux salariés. » ⁽⁵⁵⁾ (art. 73, § 2). Cependant, pas plus que dans les autres professions ⁽⁵⁶⁾, les membres de la famille de l'exploitant ne sont soumis à l'assurance obligatoire lorsqu'ils habitent avec lui et travaillent habituellement chez lui et pour son compte, sans recevoir de rémunération en argent (art. 73, § 1).

Pour les travailleurs agricoles assurés obligatoires l'assurance-vieillesse est effectuée par une caisse autonome constituée selon les principes de la mutualité ⁽⁵⁷⁾ ou, à défaut, par

(55) Vis-à-vis des métayers, les propriétaires de corps de biens donnés à métayage aux conditions ci-dessus sont assimilés aux employeurs; dans les cas où il existe un fermier général, il est substitué au propriétaire (art. 73, § 3 et 4).

(56) Art. 1^{er}, § 2, al. 4, de la loi.

(57) L. 1^{er} avril 1898, art. 27.

la *Caisse nationale des retraites pour la vieillesse*. Mais en ce qui concerne les risques maladie, maternité et décès, ces travailleurs doivent être affiliés à une société de secours mutuels approuvée, composée exclusivement d'assurés des professions agricoles ou, à défaut, à la section agricole de la caisse primaire départementale ou interdépartementale. La cotisation, libre en principe, est obligatoire jusqu'à concurrence de 10 francs par mois, 5 francs pour l'assuré et 5 francs pour l'employeur⁽⁵⁸⁾. Les prestations ne sont pas uniformément déterminées et dépendent de la société. Celle-ci doit satisfaire à certaines obligations (réassurance, constitution de fonds de secours, comptabilité, etc.), dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

Signalons toutefois que « le fonds de majoration et de solidarité majeure de 10 francs par mois la double cotisation de l'assuré et de l'employeur »⁽⁵⁹⁾.

L'assurance facultative existe aussi et fonctionne dans les conditions habituelles de revenu du travail et s'étend aux travailleurs agricoles autres que les assurés obligatoires. Aucune limite cependant n'est fixée à la cotisation de l'assuré; le fonds de majoration la double ici encore pourvu qu'elle dépasse 60 francs par an, jusqu'à concurrence de 100 francs⁽⁶⁰⁾.

Ainsi les travailleurs agricoles sont dotés d'institutions de prévoyance intéressantes, plus souples, plus avantageuses aussi que les autres à cause des versements effectués par

(58) Art. 75, § 1, de la loi.

(59) Art. 75, § 2, de la loi.

(60) On ne peut s'empêcher de redouter cependant, surtout si la partie facultative de loi venait à recevoir une large application, la charge considérable qu'infligeraient à l'Etat les majorations promises aux agriculteurs; car c'est lui qui, en définitive « versera au fonds de majoration et de solidarité une subvention annuelle égale à la charge imposée par ces majorations » (art. 81 de la loi).

le fonds de majoration et qui peuvent leur donner des secours très appréciables. En s'en tenant au minimum de cotisation de l'assurance obligatoire, les versements des agriculteurs aux caisses mutuelles sont (majorations comprises) de 240 francs par an, somme qui donnerait droit dans le régime général d'assurance obligatoire à des prestations correspondant à environ 20 francs par jour de salaire de base.

L'assurance facultative, qui devrait être la plus importante parce qu'elle reçoit tous les petits exploitants agricoles qui constituent l'immense majorité de la population rurale, pourrait aussi faire utilement œuvre de prévoyance. Pourtant, malgré les faveurs considérables qu'accorde l'Etat aux agriculteurs, ils n'apprécient guère les avantages offerts et semblent opposer à la loi de 1930 le même esprit d'individualisme et d'indifférence qu'ils ont déjà manifesté vis-à-vis de celle de 1910?

§ 3. — Le régime des étrangers.

En ce qui les concerne, il faut distinguer l'assurance facultative et l'assurance obligatoire. Nous avons vu que la première, exclusivement réservée aux Français, ne profite pas aux étrangers. L'assuré s'en procure le bénéfice par ses seuls versements; on ne préjudicie donc en rien aux étrangers en les excluant, et le pays se décharge par là du poids des majorations qui n'auraient pas profité à ses nationaux.

Quant à l'assurance obligatoire, elle a été étendue aux salariés étrangers. On ne l'avait cependant pas tout d'abord pensé et, dans les premiers projets de loi, on voulait tout au plus leur laisser l'accès d'une ou deux branches, entre autres de l'assurance-maladie, pour soulager les services

d'assistance publique. Mais alors, ou bien il fallait continuer à réclamer au salarié et à son patron le versement des cotisations sans leur accorder de prestations, et le traitement défavorable des étrangers était bien choquant; ou bien les dispenser de cotisation, et c'était alors créer une prime à l'emploi de la main-d'œuvre étrangère. Dans ces cas, le patron aurait pu se dispenser de verser 5 p. 100 à la caisse et même diminuer de 5 p. 100 les salaires. Plus d'un employeur aurait été tenté par ce bénéfice.

Devant cette difficulté, la loi a adopté une solution qui paraît sage et satisfaisante. Elle distingue les étrangers qui ont en France leur résidence permanente et y travaillent dans des conditions régulières depuis trois mois au moins. Ceux-là sont purement et simplement assimilés aux Français, sauf en ce qui concerne les suppléments fournis par le fonds de majoration. S'il est juste, en effet, que la solidarité joue entre tous les habitants d'un pays, il serait excessif, nous l'avons dit, de s'imposer de tels sacrifices en faveur des étrangers. Ceux-ci ne reçoivent que la stricte contre-partie de leurs cotisations ⁽⁶¹⁾.

Quant aux étrangers ayant leur résidence dans leurs pays et le lieu de leur travail permanent en France, même depuis plus de trois mois (comme par exemple les ouvriers frontaliers belges), ils sont en principe exclus du bénéfice de l'assurance. Mais ils peuvent y être admis dans les mêmes conditions que les étrangers résidant en France, s'il a été passé à cet effet une convention diplomatique avec leur pays d'origine ⁽⁶²⁾.

Les salariés étrangers travaillant en France qui ne réalisent pas les conditions exigées pour jouir des prestations

(61) Art. 1^{er}, § 4, de la loi.

(62) Art. 1^{er}, § 5.

de l'assurance sont quand même soumis à la double cotisation patronale et ouvrière : situation sans grand inconvénient, parce qu'elle est le plus souvent passagère, et qui indemnise un peu notre pays des frais importants d'assistance que lui causent les nombreux étrangers indigents aux besoins desquels il doit trop souvent subvenir ⁽⁶³⁾.

§ 4. — Les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

L'assurance-maladie n'aura pas pour effet de faire disparaître l'assistance médicale gratuite organisée par la loi du 13 juillet 1893.

Tout d'abord, il restera une certaine quantité d'indigents qui, n'étant ni assurés facultatifs ni assurés obligatoires, ne verront en rien leur situation modifiée.

Mais il y en a aussi parmi les salariés et les autres travailleurs de condition modeste (qui deviendront des assurés obligatoires ou des assurés facultatifs) qui figuraient auparavant sur les listes de l'Assistance. S'ils étaient soumis au régime ordinaire de l'assurance sociale, ils seraient beaucoup plus défavorablement traités que sous le régime de la loi du 13 juillet 1893, puisqu'ils devraient payer d'abord leur part de cotisation d'assurés et ensuite la participation aux frais laissée à leur charge par la caisse. Aussi la loi du 30 avril 1930 prévoit-elle en leur faveur, dans ses articles 58 et 59, des mesures spéciales.

Ces textes laissent comprendre, d'une manière assez imparfaite du reste, que les assistés sont répartis en deux catégories : une circulaire ministérielle du 4 octobre 1930 donne, à ce sujet, d'utiles précisions.

(63) Les étrangers tombés à la charge de l'assistance publique en 1925 étaient au nombre de 65.000, et, depuis lors, leur quantité a certainement augmenté avec l'accroissement de l'immigration.

Il faut distinguer :

1° Les individus « *privés de ressources* au sens de la loi de 1893; ils doivent, en vertu du décret du 23 juillet 1930, demeurer couverts par l'Assistance, de la différence entre le coût réel de l'hospitalisation au tarif le plus bas des malades payants et le tarif de responsabilité de la caisse applicable aux frais d'hospitalisation », différence variable avec les lieux, car les tarifs de responsabilité des caisses, pas plus que les prix de journée d'hospitalisation, ne sont uniformément fixés.

2° Les individus « *notoirement indigents* », dont la situation est plus précaire encore que celle des premiers, reçoivent tout d'abord, pour eux et leur famille, les mêmes avantages que les premiers; ils n'ont pas à participer aux frais d'hospitalisation. Mais, en outre, « pour les assurés notoirement indigents, inscrits sur la liste prévue ci-après, il ne sera prélevé aucun pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques, en cas de maladie, grossesse et invalidité » (64). C'est encore la collectivité du domicile de l'indigent qui acquitte la part des dépenses qui ne sont pas prises en charge par les caisses. Seulement, on procède d'une manière spéciale à ce règlement. « Les dépenses de ce service seront tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et supportées, pour 80 p. 100 par la caisse primaire et pour 20 p. 100 par la commune du domicile de secours » (65); en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques afférents aux assurés notoirement indigents, elles sont réglées aux praticiens par la commune du domicile de secours des intéressés. Bien entendu la commune réclame

(64) Art. 59, al. 1^{er}, de la loi.

(65) Art. 59, al. 3.

ensuite à la caisse sa part contributive, soit 80 p. 100 de la dépense. De cette façon, pour les assurés notoirement indigents la dépense définitivement effectuée par la commune sera de 20 p. 100 du tarif (supérieur lui-même de 30 p. 100 à l'ancien tarif de l'assistance publique), ce qui fait environ 26 p. 100 de la dépense causée, avant la mise en application de l'assurance-maladie, par les soins attribués à ces mêmes indigents.

Seront assistés de la première catégorie les anciens bénéficiaires de l'assistance publique, et leur liste continuera à être dressée suivant les méthodes antérieures, prévues par l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893.

Quant aux assurés notoirement indigents, qui sont les plus pauvres des anciens assistés, la loi précise qu'« il sera établi une liste spéciale de ces assurés, conformément à l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893; cette liste sera communiquée à la caisse primaire ». Cette dernière formalité était en effet nécessaire, car la charge imposée aux caisses par ce régime est supérieure de 24 p. 100 à celle résultant pour elles du tarif de l'assistance publique, qu'elles appliquent généralement, et il importe pour elles que le nombre des assurés notoirement indigents ne soit pas accru trop largement.

APPENDICE

LE CHAMP D'APPLICATION TERRITORIAL DE LA LOI

Malgré son désir de faire bénéficier le plus grand nombre d'individus possible du régime des Assurances sociales, le législateur a été arrêté par deux considérations : Tout d'abord il était impossible d'introduire sans précaution spéciale une loi aussi importante aux colonies, ne fût-ce qu'à cause des différences de civilisation et de genre

de vie que l'on y rencontre. Aussi l'article 84, § 2, décide que « la présente loi ne sera applicable à l'Algérie et aux colonies que lorsque seront intervenus des règlements d'administration publique déterminant les conditions dans lesquelles son application pourra avoir lieu ». Quant aux indigènes qui travaillent en France, étant sujets français, ils sont, bien entendu, traités comme tels.

Pour les provinces recouvrées, le régime allemand d'assurance qui fonctionne depuis près d'un demi-siècle est différent du système organisé en France, aux divers points de vue de l'administration, des cotisations et des prestations. C'est ce qui explique que l'on s'en soit remis à une loi spéciale pour introduire notre institution dans les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle et réaliser la mise au point nécessaire⁽⁶⁶⁾. Ce n'est donc pour le moment qu'à la France métropolitaine telle qu'elle existait en 1914 que va s'appliquer la loi d'assurances sociales.

(66) Art. 52 de la loi.

CHAPITRE III

LE RISQUE MALADIE

Dans le chapitre précédent, nous nous sommes efforcé de préciser quelles personnes étaient admises au bénéfice de l'assurance, et nous allons voir dans la suite quels sont les avantages accordés à ces personnes. Encore faut-il déterminer les cas dans lesquels ces avantages peuvent être attribués, autrement dit étudier ce que la loi du 30 avril 1930 entend par *maladie*.

§ 1. — La notion légale et la notion scientifique de la maladie.

Nous avons, au Chapitre 1^{er} de la première partie, donné quelques indications sur la maladie, au sens scientifique du terme, et il nous suffirait d'y renvoyer, si la notion scientifique et la notion légale de la maladie coïncidaient strictement. Mais il n'en est pas ainsi. Il y a des points sur lesquels la dernière est plus large, tandis que sur d'autres elle est plus étroite que la réalité scientifique.

Elle est plus large, car l'assurance-maladie vient au secours de l'accidenté et du malade, dans les mêmes conditions, alors que scientifiquement l'accident se distingue de la maladie par sa nature et par ses causes.

Elle est plus étroite, au contraire, dans bien des cas :

- 1° C'est ainsi que sont exclus du droit aux prestations

en argent les assurés atteints de maladies, blessures ou infirmités résultant de leur faute intentionnelle (art. 8, § 2, de la loi).

2° De même l'assurance-maladie ne supporte pas définitivement les frais occasionnés par les accidents et maladies dont la responsabilité incombe à un tiers (auteur de l'accident ou employeur).

3° En ce qui concerne les malades et blessés de guerre, admis dans l'assurance à un régime de faveur, une contribution de l'Etat vient compenser les charges exceptionnelles qu'ils occasionnent aux Caisses qui les assurent.

4° La notion légale s'écarte encore de la notion scientifique d'une autre manière : elle ne tient pas toujours compte de la durée réelle de la maladie; car l'assurance ne vient jamais en aide au malade pendant plus de six mois. Si ce délai expire sans qu'il soit rétabli, l'assurance-maladie n'en cesse pas moins ses prestations; il n'est cependant pas abandonné, car il reçoit alors les prestations de l'assurance-invalidité.

Sur tous les autres points, notion scientifique et notion légale coïncident et la détermination du risque maladie ne saurait alors comporter de difficulté. Aussi nous bornerons-nous ici à étudier les divergences que nous avons signalées (1). En présence d'une maladie, au sens scientifique du mot, il suffira de voir si elle se rattache à l'un des cas examinés ci-dessous (et alors on devra lui faire application du régime qui lui est propre); sinon, elle rentrera dans le régime ordinaire de l'assurance.

(1) Encore laisserons-nous de côté la disposition de l'article 8, § 2, qui ne présente aucune difficulté d'application et dont nous dirons d'ailleurs plus loin quelques mots.

§ 2. — Les accidents et l'assurance-maladie.

Nous avons antérieurement indiqué en quoi l'accident se distingue de la maladie (2); qu'il nous suffise à présent d'en rappeler le caractère. C'est un événement soudain, imprévu. « Par une extension toute naturelle, cette expression a fini par signifier, surtout en matière d'assurance, non plus la cause d'une affection, mais cette affection elle-même. Considéré ainsi, le mot accident devient presque synonyme de blessure, de traumatisme » (3). On peut faire également rentrer dans la catégorie des accidents les brûlures, les asphyxies, etc. (4).

Mais, tout comme la maladie, l'accident amène l'altération de la santé. « Par cela même, leurs conséquences seront sensiblement équivalentes, les effets néfastes de l'une et de l'autre seront aussi cruellement ressentis par l'ouvrier et sa famille. Dans les deux cas, le travailleur réduit au chômage par le mauvais état de sa santé, ne touchera plus son salaire et, par suite, sa porte sera ouverte toute grande à la misère et aux privations; d'autre part, les soins médicaux et pharmaceutiques seront, tout au moins au début, aussi nécessaires au blessé qu'au malade. » (5). La loi du 30 avril 1930 fait donc sagement lorsqu'elle donne à la victime d'un accident les mêmes avantages qu'aux malades (6).

(2) 1^{re} partie, page 12.

(3) Degas, thèse de Paris, 1922.

(4) Breton, *Rapport sur l'extension aux maladies professionnelles de la loi sur les accidents du travail*, 1910, n° 19, p. 133.

(5) Degas, *ibid.*

(6) L'assurance porte le nom d'*assurance-maladie* et son extension aux accidents n'est pas posée en principe par la loi. Mais l'intention du législateur à cet égard est évidente et transparaît dans divers textes : Les termes de l'article 4, § 1, de la loi sont très généraux et parlent de *tous les soins nécessaires* à l'assuré et à sa famille; le régime spécial aux accidentés du

L'assimilation cependant n'est complète qu'en ce qui concerne une certaine catégorie d'accidents : ceux qui sont dus au hasard, à une force majeure ou même à la maladresse, la négligence ou l'imprudence de l'assuré, pourvu que ce ne soit pas une faute intentionnelle.

Il en va autrement de ceux qui se produisent par la faute d'un tiers ou à l'occasion du travail de l'assuré : il peut bien y avoir lieu encore à des versements des caisses aux victimes de ces accidents, mais les dépenses ainsi effectuées ne restent pas définitivement à la charge de l'assurance, elles sont remboursées par les personnes à qui elles incombent déjà avant l'institution des assurances sociales.

§ 3. — Les accidents causés par un tiers.

C'est ainsi d'abord que lorsqu'un assuré est victime d'un accident ou d'une blessure imputable à un tiers, l'assurance lui fournit les prestations normales de maladie, en nature et en espèces. Mais la caisse est subrogée de plein droit à l'intéressé dans son action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses occasionnées par l'accident ou la blessure. Ainsi il pourra y avoir deux actions dirigées contre le tiers auteur de l'accident : celle de l'assurance pour le remboursement des soins, et, éventuellement, celle de la victime pour l'indemnisation de tout autre préjudice à elle causé par cet accident.

travail opposé aux accidentés ordinaires, les termes de l'article 23 du décret du 23 juillet 1930 : « l'assuré doit s'être conformé *depuis le début de la maladie ou de l'accident* à toutes les prescriptions du médecin », ne laissent aucun doute à cet égard.

§ 4. — Les accidents du travail et maladies professionnelles.

Nous ne saurions retracer ici l'évolution jurisprudentielle et les controverses doctrinales relatives à la détermination de l'accident du travail. Disons seulement que l'on entend par là toute lésion provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, et survenue par le fait ou à l'occasion du travail. Ne sont pas considérés comme tels cependant les accidents dus aux forces de la nature (foudre, tempête) ou à une faute inexcusable de l'accidenté, alors même qu'ils surviendraient dans le temps et au lieu du travail. Primitivement limitées aux travailleurs de l'industrie par la loi du 9 avril 1898, les mesures relatives aux accidents du travail ont été étendues par de nombreuses lois postérieures à la presque totalité des professions.

Quant aux maladies professionnelles, devant la difficulté d'en donner une définition satisfaisante, la loi du 25 octobre 1919 a décidé qu'elles feraient l'objet d'une énumération limitative, et seules sont signalées à l'heure actuelle le saturnisme et l'hydrargyrisme.

La loi sur les Assurances sociales ne change rien à ces principes : l'assuré accidenté jouit toujours du régime établi par la loi du 9 avril 1898 et, s'il a contracté une maladie professionnelle, il continue également à bénéficier de celle du 25 octobre 1919 (7). Il peut seulement se

(7-8) L'accidenté ou l'ouvrier malade reçoit diverses indemnités : 1° Le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par son état; 2° le paiement du demi-salaire pendant la période où son travail est suspendu; 3° si l'accident ou la maladie ont entraîné une invalidité permanente, une rente, dont le taux est variable avec le degré de cette invalidité.

Si l'accident ou la maladie ont causé la mort de la victime, les frais funéraires sont remboursés et une rente est servie aux personnes qu'elle faisait vivre par son travail.

faire donner les soins par la 'caisse d'Assurance-maladie, qui se verra alors subrogée dans ses droits vis-à-vis du ou des employeurs, tenus à la garantie du risque professionnel, contre lesquels elle conservera tous les recours utiles (8).

De même, sa qualité d'accidenté du travail n'empêche pas éventuellement les membres de sa famille de jouir pendant ce temps de l'Assurance-maladie dans les conditions normales; tout cela est fort simple. La situation se complique un peu en théorie, et bien plus en fait, lorsque l'accidenté du travail est en même temps malade d'une affection ordinaire, non professionnelle : il reçoit alors de l'assurance l'indemnité de soins pour sa maladie, et de son employeur celle relative à son accident. Il aura droit au seul demi-salaire versé par celui-ci tant que l'accident arrête son travail. Si dans la suite, guéri de ce côté, il n'est plus immobilisé que par la maladie, c'est l'assurance qui devra lui verser les prestations normales en espèces, sans observer le délai de carence, si la maladie remonte à plus de six jours.

En cas d'invalidité due à une double cause, une responsabilité partagée est également prévue : dispositions assez justes en principe, mais qui soulèveront des difficultés d'application infinies. Comment, en effet, en présence d'un accidenté malade, chiffrer exactement ce qui revient à l'accident ou à la maladie ordinaire, dire ce qui serait arrivé si l'un ou l'autre s'était seul produit ?

§ 5. — La situation des malades et blessés de guerre.

Malades et blessés de guerre méritaient bien un traitement de faveur et la loi du 5 avril 1928 leur accordait certains privilèges qui ont été accrus encore par celle du

30 avril 1930. En ce qui concerne leurs maladies ou blessures de guerre, ils continuent à recevoir les soins auxquels leur donne droit l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Ils auront droit, en outre, à toutes les prestations de l'assurance.

Pour les autres maladies ou blessures, ils rentrent dans le régime commun, sauf que, pour les soins qu'ils reçoivent personnellement, mais non pour ceux donnés à leur famille, ils sont dispensés de payer le pourcentage de participation laissé à la charge des assurés ordinaires. Il ne faut pas voir dans ce dernier avantage une libéralité purement gratuite de l'Etat, vis-à-vis des anciens combattants. En effet, les blessures reçues et les maladies contractées à la guerre ont toujours, plus ou moins, et quelquefois d'une manière considérable, ébranlé la santé et diminué la résistance de ceux qu'elles ont atteints : il est donc bien juste de leur donner le moyen de se soigner le mieux possible.

De même le législateur n'a pas voulu qu'ils fussent empêchés par ces infirmités d'entrer dans l'assurance facultative, et il édicte que, dans l'examen médical préalable, on n'en tiendra pas compte pour apprécier l'état de santé des candidats à l'assurance ⁽⁹⁾. Mais comme toutes ces dispositions risqueraient de troubler l'équilibre financier des caisses si une contre-partie n'était pas prévue, l'Etat leur versera une surprime pour chaque assuré de cette catégorie. Le taux en sera uniforme pour tous, et la loi s'en remet à un décret du soin de le fixer.

(9) Art. 51, § 4, de la loi.

**§ 6. — La continuation de l'assurance-maladie
par l'assurance-invalidité (art. 10, 11 et 12 de la loi).**

Nous avons déjà signalé que les prestations de l'assurance sont servies pendant six mois au maximum. Pourtant, à l'expiration de ce délai le malade peut fort bien ne pas être rétabli. D'autres fois on peut, avant même que six mois se soient écoulés, s'apercevoir que l'assuré a de fortes chances de ne se rétablir jamais complètement, que la blessure pour laquelle il a été soigné le laissera infirme pendant longtemps. L'assurance-maladie arrête alors son intervention, mais dans l'un et l'autre cas, l'assuré n'est pas abandonné, il bénéficie de l'assurance-invalidité, pourvu que son incapacité de travail ait une assez grande importance : « L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois prévu à l'article 4, ou en cas d'accident non régi par la loi sur les accidents du travail, après consolidation de la blessure, reste encore atteint suivant attestation médicale, d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail, a droit, d'abord à titre provisoire, puis s'il y a lieu à titre définitif à une pension d'invalidité » (10). Remarquons qu'aux termes de la loi, l'assurance-invalidité ne saurait jamais intervenir en matière d'accidents du travail à l'inverse de ce qui se passe pour l'assurance-maladie. Une condition spéciale est, en outre, exigée de l'assuré : « Pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant la maladie et par suite posséder à son compte d'assuré les versements correspondant au moins à quatre cent quatre-vingts cotisations journalières durant les deux ans précédant le début de l'affection ou de l'accident » (11).

(10) Art. 10, § 1, de la loi.

(11) Art. 11 de la loi.

Cela établi, pendant tout le temps que dure l'invalidité, l'assuré reçoit une pension fixée en principe à 40 p. 100 du salaire annuel moyen touché depuis l'âge de 16 ans. Elle peut être majorée si l'assuré a cotisé plus de 30 ans, et diminuée, s'il est entré dans l'assurance âgé de plus de 30 ans. En outre, pendant les cinq premières années, il bénéficie des soins médicaux et pharmaceutiques ordinaires de l'assurance-maladie. Comme l'état morbide est susceptible, surtout au début, de varier fréquemment et même de disparaître, la pension n'est fixée que provisoirement pour une période de cinq ans, au cours de laquelle la caisse fait soumettre l'assuré à autant de visites médicales que bon lui semble. A l'expiration de cette dernière période et après expertise médicale, la pension est ou non maintenue. Alors les chances de guérison diminuent, si l'invalidité a persisté. Les soins, qui deviendraient trop onéreux pour la caisse et sont parfois moins nécessaires, sont supprimés; une seule visite est encore imposée à l'assuré au bout de cinq ans et, si l'état ne s'est pas alors amélioré, la pension reste acquise à l'invalidé.

Au contraire, si à l'une des visites dont nous avons parlé il est prouvé que l'invalidité est devenue inférieure à 50 p. 100, la pension cesse aussitôt et l'assuré retombe dans la situation ordinaire.

§ 7. — L'assurance-maladie et l'assurance-maternité (art. 9 de la loi).

En ce qui concerne la maternité, la notion légale et la notion scientifique de maladie coïncident parfaitement. Tant que le risque maternité se réalise dans de bonnes con-

ditions, la femme, qui a besoin de soins et de repos, n'est pas, à proprement parler, malade, et c'est l'assurance-maternité seule qui lui verse des indemnités. Si, au contraire, l'accouchement est l'occasion d'une maladie véritable, la femme relève de l'assurance-maladie. Seul l'enchevêtrement de ces deux régimes d'assurance est susceptible de provoquer quelques difficultés d'application. Examinons rapidement les deux hypothèses possibles. Si les choses se passent normalement, l'assurée et la femme de l'assuré reçoivent (au titre de l'assurance-maternité) ⁽¹²⁾ au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement des prestations médicales et pharmaceutiques attribuées dans les mêmes conditions que par l'assurance-maladie. De plus, six semaines avant l'accouchement et six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière de demi-salaire pourvu qu'elle cesse tout travail salarié pendant cette période et qu'elle ait rempli les conditions de cotisation prévues pour bénéficier des prestations de maladie ⁽¹³⁾.

Que la grossesse vienne à prendre un caractère pathologique, les prestations cessent au titre de l'assurance-maternité du jour où l'état morbide est médicalement constaté. Dès lors, c'est l'assurance-maladie qui entre en jeu, fonctionnant selon ses modalités propres ⁽¹⁴⁾. Prestations en nature et, s'il y a lieu, indemnités de demi-salaire seront dues pendant les six mois suivant la constatation de l'état morbide, alors même qu'auparavant la femme aurait bénéficié un certain temps de l'assurance-maternité. Le décret du 23 juillet 1930 ⁽¹⁵⁾ précise d'ailleurs que,

(12) Art. 9, § 1 et 2 de la loi.

(13) Cf. *supra*, p. 73.

(14) Art. 9, § 3.

(15) Art. 33, § 2, Décr. du 23 juill. 1930.

si la femme cesse d'avoir droit aux prestations de l'assurance-maladie, parce qu'elle est guérie, avant la fin des six semaines prévues par l'assurance-maternité, elle peut prétendre de nouveau, pour la période restant à courir, à l'indemnité de demi-salaire ou « *indemnité de repos* ».

Si, au contraire, les six mois de l'assurance-maladie expirent sans que la guérison se soit produite, la femme assurée relève alors de l'assurance-invalidité. Elle y sera traitée comme si elle avait été atteinte d'une maladie ordinaire ayant commencé le jour où elle est entrée dans le cadre de l'assurance-maladie.

CHAPITRE IV

LES PRESTATIONS EN NATURE

La loi prévoit que des prestations en nature et en espèces seront attribuées. Parmi les premières, il faut faire une large place au système de l'hospitalisation. La complexité du problème soulevé par cette dernière question nous a déterminé à en reporter l'étude à un chapitre spécial. Aussi ne sera-t-il question ici que des prestations en nature dont jouit l'individu soigné à son domicile. Nous envisagerons successivement :

Qui a droit à ces prestations,
Quels soins elles comportent et pendant quelle durée,
Qui les administre,
Qui, enfin, en paye le prix.

SECTION PREMIERE

QUI A DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE?

Il est bien évident que l'assuré lui-même est le premier à profiter de ces prestations. Mais il n'est pas le seul, et la loi étend à sa famille le bénéfice de cette partie de l'assurance, comme aussi de la branche relative à l'hospitalisation. Cette famille comprend tout d'abord le conjoint ⁽¹⁾ :

(1) Art. 4, § 1, al. 1, de la loi.

dans la majorité des cas, ce sera la femme de l'assuré, ne travaillant pas au dehors, qui bénéficiera, à ce titre, de l'assurance. Mais il est bien précisé (2) qu'à l'inverse le mari d'une assurée jouira des mêmes prestations. Si dans quelques cas une telle disposition est heureuse, elle sera dans pas mal d'autres excessive. La loi, il est vrai, exclut de ce bénéfice le conjoint, quel qu'il soit, lorsque son revenu commercial déclaré dépasse le maximum habituel. Mais qu'advient-il cependant du mari exerçant une profession libérale, qui a un revenu supérieur à ce maximum et dont la femme est assurée obligatoire, ou du fonctionnaire dont le conjoint est salarié?

La loi étend aussi ses avantages et, en tout état de cause, on ne saurait trop l'en louer, aux enfants à la charge de l'assuré. C'est à l'article 20, § 2, qu'elle précise ce qu'elle entend par « enfant à charge ». Mais en ce qui concerne les prestations en nature il faut considérer comme étant à charge les enfants dès leur naissance, et non seulement à partir de la sixième semaine, comme pour le versement des allocations familiales. Sous cette réserve, il s'agit *des enfants de moins de 16 ans, non salariés, aux besoins desquels l'assuré doit pourvoir* (3). Cela établi, peu importe qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, recueillis (et sous ce dernier terme on englobera même les enfants adultérins et incestueux qui ne peuvent être reconnus) (4) et — disposition introduite en 1930 — les Pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur et qui sont à sa charge.

(2) Art. 4, § 1, al. 2 : le conjoint d'un ou d'une assuré obligatoire.

(3) Au-dessus de 16 ans les enfants seront assurés directement, s'ils travaillent eux-mêmes. S'ils peuvent rester sans profession, c'est que la situation de leurs parents leur permet de payer les soins dont ils pourraient avoir besoin. Enfin, les enfants salariés de moins de 16 ans ont un salaire, pas bien considérable, mais qui contribue cependant à leur entretien.

(4) Cf. Chambre, 14 mars 1928, *J. off.*, p. 1055.

Là se limite la notion de charge de famille au sens de la loi : il est permis de regretter qu'elle ne soit pas un peu plus compréhensive. On aurait aimé, par exemple, voir des parents âgés, ne travaillant plus et ne jouissant d'aucune pension de retraite, qui sont totalement à la charge de leurs enfants, profiter des prestations en nature de l'assurance.

Quoi qu'il en soit, il importe d'examiner, et c'est une question infiniment plus délicate, quels sont les soins en nature alloués aux personnes ainsi déterminées.

SECTION II

QUELS SONT LES SOINS EN NATURE ?

§ 1. — Enumération des soins en nature.

La loi indique les prestations, d'une façon très large, et semble les citer plutôt à titre d'exemple que d'une manière limitative ⁽³⁾. Le texte, fixé dès le début de la discussion, n'a pas donné lieu dans son principe à d'importantes controverses. On a toujours été d'accord pour dire que l'assuré a droit aux soins *les plus complets*, dès que la nécessité en a été reconnue, que son état soit la conséquence d'une maladie ou d'un accident. La longue expérience de la loi sur les accidents du travail permet cependant d'énumérer les principales prestations que l'on aura à lui fournir : « les frais médicaux et pharmaceutiques comprennent toutes les dépenses nécessitées par le traitement du malade, c'est-à-

(3) Arr. 4, § 1 : « L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale ou spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires, etc. »

dire celles qui peuvent amener la guérison ou l'amélioration de son affection. Ce sont : 1° les honoraires des hommes de l'art, médecins, chirurgiens, dentistes, spécialistes, masseurs, etc...; 2° le coût des médicaments, y compris les prix des eaux minérales prescrites ainsi que les appareils orthopédiques, du moins s'ils sont reconnus nécessaires au point de vue curatif; 3° les dépenses occasionnées par les traitements divers : électro, hydro, mécano, radio, thérapeutiques, etc. On admet également comme rentrant dans les frais médicaux les frais de garde-malade, à moins qu'ils n'aient été nécessités par le refus injustifié de l'assuré d'entrer dans un hôpital, malgré l'avis du médecin... On considère comme accessoire du traitement les frais de voyage que l'assuré doit faire pour se soigner, mais non les dépenses qu'il devra engager pour assurer, durant le traitement, son remplacement soit dans son intérieur, soit dans un emploi qu'il occuperait... » (6).

Cette longue énumération, qui cadre parfaitement avec les termes de la loi, permet de voir l'immense champ d'action réservé à l'assurance-maladie, pourvu que les caisses aient des ressources suffisantes.

Signalons le mot *nécessaire* que l'on trouve dans la loi. Celle-ci, en effet, se borne aux soins purement curatifs et interdit ceux qui n'auraient pas une utilité absolue comme par exemple une opération esthétique. De même, en matière dentaire, l'assuré n'a droit qu'à la prestation d'appareils de prothèse fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession (7). Etant donné le prix

(6) Gauguier, cité par Chauveau, *Lois sur les assurances sociales*, p. 272-273.

(7) Cette dernière disposition, susceptible de surprendre au premier abord, s'explique parfaitement. Il suffit de songer à l'utilité que présente pour ceux qui ont à parler fréquemment (professeur, orateur) une denture en

généralement élevé des appareils de prothèse dentaire et pour éviter que dentiste et assuré ne s'entendent et reconnaissent trop facilement le caractère d'utilité à des fournitures peu nécessaires; la loi a cru prudent de soumettre la délivrance de tout appareil à la décision préalable d'une commission technique, composée d'un représentant des caisses et de deux praticiens, un médecin et un dentiste, représentant les syndicats professionnels (8).

En matière pharmaceutique la loi semble aussi disposée à prohiber tout remède qui ne serait pas indispensable, et c'est surtout la question des *spécialités* qui donnera lieu à de nombreuses difficultés : « au point de vue de l'assuré, il n'y a pas de doute qu'il a droit à tout ce dont il a besoin, et qu'on ne peut lui refuser un médicament si celui-ci est nécessaire à la guérison de sa maladie. La médecine sociale ne doit pas soigner moins bien que la médecine tout court. Mais est-ce à dire que toute la fantaisie et l'arbitraire de la spécialisation outrancière actuelle peut passer pour indispensable à la thérapeutique? Et en dehors d'honorables spécialités n'y a-t-il pas de nombreux produits qui n'ont rien ajouté aux possibilités de guérir que le médecin peut trouver dans le choix judicieux des médicaments de notre volumineux et indispensable codex? » (9). Tel est bien l'avis du législateur et voici le double principe qu'il consacre, sage en lui-même, mais dont l'application est pleine de difficultés.

1° Liberté de prescription : « les prescriptions médica-

bon état. De même tel appareil qui serait un luxe dans les cas ordinaires devient une nécessité pour des personnes à qui l'exercice de leur profession demande une tenue soignée, voire même élégante (représentants de commerce, vendeuses dans les magasins, etc.).

(8) Art. 20, Décret du 23 juill. 1930.

(9) Conférence de M. Lavigne aux journées médicales de Bordeaux, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1928, p. 1016.

menteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner les médicaments conformes aux lois existantes ».

2° Limitation dans l'emploi des spécialités : « Une commission spéciale sera prévue aux règlements d'administration publique avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés » (10).

Et le décret du 23 juillet 1930 (art. 19, § 2) la compose des plus hautes autorités médicales et pharmaceutiques de France; elle présentera donc toutes les garanties désirables.

De ces observations, il est permis de conclure que la devise de la médecine sociale doit être *tout ce qui est utile par les moyens les plus économiques, mais rien que ce qui est utile*. Administrées dans ces conditions d'étendue, dans quelles conditions de temps les prestations le seront-elles?

§ 2. — La durée des soins.

« Les indemnités prévues au présent article sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale, et pendant un délai de six mois. » (Art. 4, § 8.)

Ces indemnités sont celles qui sont données à l'assuré pour lui rembourser le coût des prestations en nature ou, dans le cas envisagé plus loin, l'indemnité forfaitaire de 20 p. 100 du salaire qui lui est alloué. Elles partent de la première visite du médecin, donc du début de la maladie. De cette façon, le malade aura la certitude de voir ses frais remboursés; il recourra dès le premier malaise, sans hésitation, au médecin. Les soins seront pour lui plus efficaces

(10) Loi, art. 7, § 4, al. 1 et 2.

et la maladie, qui n'aura pas eu le temps de s'aggraver, sera encore moins onéreuse pour la caisse que si un délai de carence était imposé. D'un autre côté, il est vrai, des abus sont à craindre, moins pourtant en ce qui concerne les prestations en nature qu'ils ne le seraient pour celles en espèces et la nécessité d'un frein ne se fait pas ici sentir aussi fortement.

Quant au délai de six mois, il n'expirera pas, le plus souvent, avant la guérison du malade; il est, du reste, prolongé — pour l'assuré seul, il est vrai, et non pour sa famille — par le jeu de l'assurance-invalidité.

Cependant, « toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection, ajoute le paragraphe 10 de notre article, est considérée comme la continuation de la maladie primitive. » Lorsque la maladie réapparaît dans ces conditions, elle ne fait pas courir un nouveau délai, mais le temps de la première affection sera compté dans les six mois. Il faut, bien entendu, qu'il y ait un retour de la maladie précédente et non une nouvelle affection. Enfin, quoique la loi n'en dise rien, le temps écoulé entre le moment de la guérison apparente et le début de la rechute ne doit pas entrer en ligne de compte, puisqu'alors les prestations ont été suspendues.

§ 3. — Les mesures de prévention.

Si la maladie implique le plus ordinairement la cessation de tout travail et le repos absolu, il y a cependant des affections qui laissent au malade une certaine activité et lui permettent de vaquer à ses occupations (telles sont certaines maladies de foie, d'estomac, etc.) Il y a aussi des gens qui, sans être actuellement souffrants, sont cependant

des victimes toutes désignées pour une maladie, à raison de leur tempérament ou des conditions dans lesquelles ils vivent. Ils sont encore capables de gagner au moins un salaire inférieur, mais il leur est difficile de prélever sur leurs ressources personnelles le prix total des remèdes, des traitements ou des consultations médicales. Pour leur venir en aide, la loi du 3 avril 1928 leur accordait les prestations en nature aux mêmes conditions qu'aux malades ordinaires. Mieux avisée, celle du 30 avril 1930 laisse aux caisses le soin de fixer les indemnités auxquelles ils auront droit (11); leur salaire, en effet, permet à ces personnes une participation au coût des soins un peu supérieure à celle que l'on demande aux malades ne travaillant pas; au contraire, l'amélioration de leur état peut tarder à se faire sentir et leur parfait rétablissement demandera bien souvent plus de six mois. Il serait dangereux et regrettable que l'assurance les abandonnât au moment où ils sont en bonne voie de guérison. Aussi, est-ce dans le sens de l'allongement du délai des soins et de la diminution de la part contributive de l'assurance qu'il nous paraît souhaitable d'orienter les caisses.

Une disposition heureuse, bien que très insuffisante, a été enfin introduite par la loi de 1930, après bien des discussions : elle fait l'objet de l'article 4, § 11, et consacre la faculté pour tout assuré (et il faut ajouter pour sa famille), de se soumettre, sans être malade, à un examen de santé. L'idée non pas seulement de permettre, mais de rendre obligatoires des visites médicales périodiques est une de celles dont le législateur pouvait tirer un meilleur parti. Il est, en effet, des maladies qu'il faudrait commencer à

(11) Art. 4, § 9, de la loi.

combattre avant de commencer à les ressentir et qu'un médecin saurait *dépister*, pour employer une expression à la mode. Si, même, l'assuré n'était pas malade, la visite ne serait pas perdue, car le médecin ne manquerait pas de lui donner des conseils appropriés à sa situation, qui lui permettraient d'éviter des dangers peut-être graves. La dépense, pour chaque personne, d'une visite annuelle obligatoire (visite effective et non simple formalité, bien entendu) ne grèverait pas d'une manière appréciable le budget de l'assurance : elle serait, au contraire, largement récupérée sur les frais de maladie qu'elle ferait éviter le cas échéant.

SECTION III

PAR QUI LES SOINS SONT-ILS ADMINISTRÉS ?

L'article 4, § 2, décide : « l'assuré choisit librement son praticien ». Cette formule lapidaire n'a pas été établie sans discussion au Parlement et la question du *libre choix* et de l'*entente directe* entre l'assuré et le praticien est une de celles qui ont soulevé les plus vives protestations du corps médical. Partis de deux conceptions opposées, législateur et syndicats médicaux sont venus à une formule transactionnelle, toute proche des demandes d'ailleurs parfaitement légitimes du corps médical. Les projets de loi primitifs, s'ils n'envisageaient pas à proprement parler la fonctionnarisation des médecins, voulaient pourtant faire établir une liste de praticiens par les caisses assistées au besoin des syndicats professionnels.

Soumis à des conditions déterminées, ces médecins auraient eu seuls le privilège de soigner les assurés sociaux et, par suite, ces derniers auraient été obligés de choisir leur praticien dans la liste ainsi établie.

Prenant le contre-pied absolu d'une telle organisation, le Congrès des Syndicats médicaux, le 30 novembre 1927, émettait un vœu demandant pour l'assuré « le libre choix, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins, à condition qu'ils acceptent les clauses du contrat et la juridiction du conseil de famille syndical, avec droit d'appel devant l'organisme central », spécifiant en outre que « les seuls syndicats admis à contracter avec les caisses d'assurances fussent les syndicats habilités par un organisme central des trois groupements nationaux (Union, Fédération, Groupement des syndicats généraux des médecins spécialisés) ».

On invoquait à l'appui de cette requête les effets désastreux, à l'étranger, d'un régime pareil à celui que le législateur menaçait d'introduire en France. On montrait les médecins partagés en deux camps irrémédiablement opposés, les *médecins de caisses* et ceux qui en étaient exclus, souvent par des brigues et des injustices.

On peignait sous les plus noires couleurs les *lions de caisse*, pour qui l'exercice de la médecine n'était plus qu'une course éhontée aux clients qu'il fallait s'attirer par tous les moyens, honnêtes ou non. On agitait le spectre des médecins marrons, soignant au rabais et fondant entre eux des syndicats, sans autre but que d'exploiter les caisses, au plus grand préjudice de la santé publique. On déplorait le sort du médecin qui, retenu par son honnêteté, se voyait peu à peu abandonné par les clients dont il ne servait pas les caprices. Ne serait-il même pas exclu du droit de soigner les assurés parce que, pour exercer son art en conscience, il devait voir moins de malades et qu'il lui faudrait demander des honoraires plus élevés ? Et les médecins français allaient jusqu'à dire que, plutôt que de voir

un tel régime s'instaurer en France et leur profession tomber dans un tel discrédit, ils refuseraient leurs services aux assurances sociales, organisées dans ces conditions. Peut-être ce tableau était-il un peu noirci. Il n'en provoqua pas moins des craintes sérieuses et il faut bien reconnaître que certaines critiques corroborées par l'expérience d'autres pays (Allemagne en particulier) sont impressionnantes.

L'assuré, lui non plus, ne semble pas devoir se féliciter de la limitation dans le choix du médecin. Le praticien qu'il aurait choisi serait bon sans doute; en tout cas il lui plairait, il aurait sa confiance, et c'est une disposition souhaitable, qui aide souvent le malade à guérir. Au contraire les médecins de caisses ne se sont pas montrés toujours aussi soigneux et consciencieux qu'on pourrait le désirer. Le seraient-ils même, le fait qu'ils sont imposés met le client en défiance. De plus, l'instauration du choix restreint oblige de nombreux assurés à quitter leur médecin, s'il n'est pas agréé, et leur impose ainsi un douloureux sacrifice.

Et l'on ne voit pas bien quel avantage ils retirent de ce régime, ni directement ni indirectement, car les finances de la caisse, elles non plus, n'ont rien à y gagner. Un système de libre choix a, pour corollaire, la prise en charge par l'assurance d'une part invariable des frais. Que le malade s'adresse donc à un médecin ordinaire de sa ville ou qu'il recoure aux soins d'un praticien célèbre et lointain, qui demandera des honoraires proportionnés à son renom, la caisse lui versera toujours la même indemnité, et le supplément de frais restera à sa charge.

Aussi la loi du 5 avril 1928 a-t-elle bien fait de consacrer le régime du libre choix, avantageux pour tous, et l'une des garanties essentielles de l'honnêteté et de la capa-

cité du corps médical. C'est un progrès aussi que d'avoir supprimé, en 1930, le texte qui limitait le choix du malade aux praticiens de la commune ou, à défaut, à ceux du voisinage immédiat.

Devait-on, pour donner entière satisfaction au vœu syndical de 1927, obliger tout médecin qui veut soigner les assurés à reconnaître la juridiction du conseil de famille syndical? C'était enfreindre la liberté d'association des praticiens, mais il y avait là une arme précieuse contre des individus indésirables que, sans cela, les seules dispositions correctionnelles peuvent atteindre. La loi ne formule pas expressément pour les praticiens l'obligation d'accepter cette juridiction du conseil de famille syndical. Cependant elle aboutit par une voie détournée à un résultat presque équivalent, en chargeant les syndicats médicaux habilités ayant contracté avec les caisses, du contrôle technique de l'assurance maladie ⁽¹²⁾.

Il n'a guère été question dans cette section que du médecin; mais le libre choix s'étend à l'ensemble des praticiens, c'est-à-dire à toutes personnes qui pratiquent, dans les conditions légales, une thérapeutique quelconque. Ce seront, tout aussi bien, les chirurgiens, sages-femmes, dentistes ou pharmaciens. En ce qui concerne les pharmaciens, en particulier, le libre choix entraîne l'interdiction pour les caisses de créer des pharmacies spéciales auxquelles les assurés devraient recourir pour bénéficier des avantages fournis par l'assurance-maladie. De telles pharmacies risqueraient, en outre, comme on le reprochait à certaines pharmacies mutualistes, de ne pas présenter toujours des garanties techniques suffisantes, car elles ne sont souvent

(12) Art. 7, § 4, de la loi.

placées qu'en apparence sous le contrôle d'un pharmacien diplômé. Aussi la prohibition de la loi est formelle : « Aucun des organismes énumérés aux paragraphes qui précèdent (il s'agit des diverses caisses d'assurances) ne peut créer de pharmacies. » (Art. 26, § 6, de la loi.)

Mentionnons, en terminant, l'article 4, § 3, qui vient consacrer les règles de la pratique actuelle en stipulant que les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

SECTION IV

COMMENT EST EFFECTUÉ LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

§ 1. — La double contribution.

Le paiement des prestations en nature est réalisé par une double contribution de la caisse et de l'assuré; l'intervention de celui-ci est, de beaucoup, la moins considérable. Elle décharge cependant la caisse d'une part des frais, mais son principal avantage est d'intéresser le bénéficiaire aux dépenses qu'il engage et, par là, de limiter les abus qu'il serait tenté de commettre avec des prestations absolument gratuites. Nous citerons à ce propos des chiffres édifiants rapportés par M. Roche lors de la discussion au Sénat : « Voici par exemple une statistique faite en 1913. Les sociétés de secours mutuels avaient reconnu, à ce moment-là, que la morbidité était de 4,9 p. 100 chez les femmes et de 4,6 p. 100 chez les hommes. La même année, les sociétés de secours mutuels trouvaient 2,6 p. 100 pour les hommes

et 2 p. 100 pour les femmes. Cette morbidité s'élevait déjà à 6 p. 100 pour les fonctionnaires; elle varie entre 9 et 12 p. 100 en Allemagne, en Angleterre, en Autriche et dans le Luxembourg où fonctionnent les assurances sociales; et, dans certaine ville d'Alsace et de Lorraine que je n'ose pas nommer, elle atteint 80 p. 100. Je vous assure, Messieurs, que ces chiffres n'ont rien d'extraordinaire. Si vous voulez bien tenir compte de ce qui va se passer, réfléchir que l'assuré qui aura cotisé voudra en avoir pour son argent, il ne laissera échapper aucune occasion, si petite soit-elle, de réclamer des indemnités de maladie » (13).

D'accord sur le principe, on ne parvint pas aussi vite à se mettre d'accord sur la manière de faire participer aux frais celui qui profite des prestations. Les modalités sont, du reste innombrables : on peut envisager qu'un pourcentage des frais sera laissé à sa charge, fixe ou variable avec son salaire, avec les ressources de la caisse, ou avec l'importance des prestations. Ou bien l'assuré paiera d'avance à sa caisse le droit à une prestation, achetant un ticket dit *modérateur* qu'il remettra en paiement au praticien. C'est le système de la mutualité et celui que consacrait le projet de loi de 1924. Mais le taux du ticket y était si bas (0 fr. 50 à 2 francs) que l'on pouvait craindre qu'il ne fût pas du tout modérateur. L'adoption, par la loi actuelle, de l'*entente directe* et du *paiement à l'acte médical* a conduit à faire payer à l'assuré un pourcentage des frais engagés.

§ 2. — Le paiement à l'acte médical et l'entente directe.

Ici encore la loi a donné entière satisfaction au corps médical sur deux points de ses revendications : Le système

(13) Cité par Chauveau, *Loi sur les assurances sociales*, p. 291.

du paiement forfaitaire, sur quelque base que ce soit ⁽¹⁴⁾ est écarté pour recourir, si l'on peut dire, à la rémunération *aux pièces*, qui est la plus juste et qui assure aux malades les soins les plus attentifs. Elle amène aussi l'unité dans la loi car, en matière pharmaceutique, l'exercice de la profession, qui revêt un certain caractère commercial, ne permet qu'une rémunération proportionnée aux fournitures effectuées.

La question du *tiers payant* a, elle aussi, été liquidée dans le sens favorable aux praticiens. Les premiers projets prévoyaient qu'ils seraient rémunérés par les caisses, sur la présentation d'un bon donné par l'assuré lui-même, ou mieux du ticket modérateur. Le malade l'aurait préalablement acheté à la caisse et le donnerait en paiement au médecin. Un tel système était pratiqué par de nombreuses mutualités. Pour l'assuré, il est plutôt avantageux, car il le dispense de faire l'avance des frais. Il est vrai qu'en l'obligeant à se munir d'un ticket, il complique aussi le recours au médecin.

Ce dernier, de son côté, risquait moins d'être mal payé; pourtant, il y perdait de son indépendance, de sa dignité; il était contrôlé à la fois par le malade et par la caisse; les formalités étaient nombreuses au cours desquelles le secret professionnel pouvait être mis en péril. Mais, au fond, la principale raison qui a déterminé les médecins à combattre énergiquement le principe du tiers payant, c'est qu'ils veulent éviter le plus possible les contacts avec les caisses. Ils voudraient même les ignorer complètement. On pouvait

(14) Dans les législations étrangères ou dans les mutualités, il existe des forfaits au nombre des assurés ou des cas de maladie soignés; on donne parfois une part de la recette des caisses ou un traitement fixe annuel au médecin, ou encore une rémunération totale fixe et partagée entre les praticiens au prorata de leur activité.

redouter, en effet, qu'à la faveur des multiples rapports qu'ils auraient avec eux, ces organismes ne tentent de réduire plus ou moins directement leurs honoraires ou d'arracher à leurs syndicats des conditions plus favorables.

Quoi qu'il en soit, la loi donne gain de cause aux médecins, puisqu'elle décide que les caisses avanceront — cela paraît d'application difficile — ou rembourseront à l'assuré leur part contributive des dépenses de maladie. Libre à lui ensuite de recourir à tel praticien qu'il lui plaira et de lui verser des honoraires supérieurs à ceux prévus; les finances de la caisse seront sauvées.

§ 3. — Les conventions.

Cette part contributive de la caisse, comment va-t-elle être déterminée? L'article 4, § 4, nous apprend qu'elle est « établie par les caisses, compte tenu des tarifs syndicaux minima pratiqués dans la région », expression malheureuse, d'ailleurs, qui tendrait à faire croire que la caisse fixe librement sa part contributive. En réalité elle est déterminée par la loi elle-même, et c'est par une convention, donc une entente avec les médecins, que sera établi le tarif de base des actes médicaux. C'était déjà le sens de la loi du 5 avril 1928 et, dans la loi actuelle, au même article 4, nous trouvons la preuve bien manifeste qu'il doit y avoir un accord. Le mot *convention* est répété à plusieurs reprises, et surtout le paragraphe 7 prévoit le cas où les caisses ne s'entendraient pas avec les médecins pour en conclure une.

Pratiquement, il est assez facile de conjecturer le résultat de cette entente. Sans doute, les caisses ne voudront pas accorder un tarif supérieur au tarif syndical minimum, de même que les médecins semblent décidés à ne pas con-

sentir d'importantes concessions aux caisses. C'est vraisemblablement sur ce tarif ou sur un tarif un peu inférieur que les caisses baseront leur part de responsabilité ⁽¹⁵⁾. Le chiffre variera d'ailleurs avec la région comme il varie en matière de médecine ordinaire; mais n'y aura-t-il pas là une difficulté pour les caisses dont les ressources, toujours identiques, devront faire face à des versements plus ou moins élevés?

Les conventions ne porteront pas que sur ce point; elles auront à régler les modalités d'application de la loi et toutes autres questions jugées utiles. Le décret du 30 mars 1929 leur assignait comme objet principal de fixer « 1° les conditions dans lesquelles sont dispensées les prestations en nature; 2° les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux, généraux, spéciaux et dentaires et le remboursement des frais de déplacement ainsi que le paiement des médicaments et des appareils; 3° les modalités du contrôle technique ». Depuis l'abrogation du décret, aucun texte ne précise plus le contenu de ces conventions, mais les diverses « conventions-type » publiées montrent bien que sur ce point on n'a rien voulu innover.

Les conventions passées seront sans doute toujours très voisines de la convention-type arrêté par le Ministre, que prévoit l'article 16, § 1, du décret du 25 juillet 1930. Préparée par les Commissions et le Conseil de la confédération des syndicats médicaux, elle a été quelque peu modifiée par la Commission consultative ministérielle, qui ne l'a cependant pas profondément altérée.

(15) L'expérience est venue confirmer notre opinion : c'est ainsi qu'en Gironde, alors que le tarif syndical des médecins est de 15 francs pour la consultation et de 20 pour la visite à domicile, la part prise en charge par les caisses est basée sur un tarif de 12 et 16 francs; c'est donc 80 ou 85 p. 100 de cette dernière somme qui seront remboursés à l'assuré.

Pas plus, du reste, que le tarif de responsabilité-type, elle n'est obligatoire pour les contractants, qui devront seulement faire approuver les modifications qu'ils y apportent par la Commission tripartite prévue à l'article 7, § 3. de la loi.

Reste à savoir maintenant quelles seront les parties dans ces conventions. Toutes les caisses pourront contracter, mais avec les seuls « syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux, cette habilitation devant être approuvée par le Conseil supérieur des assurances sociales ⁽¹⁶⁾. Cette formalité est éminemment protectrice pour l'ensemble des praticiens. Elle les défend, en effet, contre les agissements de syndicats dissidents qui, dans un but de concurrence, auraient pu traiter avec les caisses à des prix inférieurs. Comme un tel rabais entraînerait des soins moins consciencieux, l'assuré trouve aussi son intérêt dans cette disposition.

Toutefois, malgré les garanties que présentent les groupements nationaux de praticiens, l'Etat ne pouvait leur laisser refuser, en dernier ressort, l'habilitation d'un syndicat déterminé. Aussi le paragraphe 4 de l'article 4, alinéa 4, laisse-t-il un recours aux syndicats évincés : « dans le cas où un avis défavorable à l'habilitation aurait été donné par le groupement national intéressé, le syndicat professionnel pourra faire appel devant la section médico-pharmaceutique du Conseil supérieur des assurances sociales. Au cas où cette section confirme l'avis du groupement national, il n'y a pas lieu à l'habilitation. Dans le cas contraire, il est prononcé sur l'habilitation comme il est dit plus haut par le Conseil supérieur des assurances sociales ».

(16) Art. 4, § 4, al. 3.

Remarquons toutefois que le rôle donné au syndicat dans l'établissement des conventions avec les caisses ne limite en rien le choix de l'assuré. Il n'est pas obligé de choisir un praticien syndiqué. La caisse verse à l'assuré les indemnités correspondant au tarif qu'elle a établi, d'accord avec le syndicat, mais là se limite l'effet de la convention.

§ 4. — La part de responsabilité des caisses.

Le taux étant ainsi fixé, quelle part les caisses vont-elles prendre à leur charge? La loi distingue les actes médicaux et les prestations pharmaceutiques et autres. Cette dernière expression englobe toutes les fournitures matérielles (appareils, hospitalisation ou traitements divers), tandis qu'au contraire, par actes médicaux, il doit falloir entendre les prestations où le caractère personnel est prédominant (soins des médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes). Ces derniers soins sont laissés par la caisse à la charge des assurés dans la mesure de 15 p. 100 pour ceux que leur salaire classe dans les deux premières catégories et de 20 p. 100 pour les autres. Quant aux frais pharmaceutiques et autres, la participation est uniformément de 15 p. 100 du prix total. Le solde, soit 80 ou 85 p. 100, est acquitté par les caisses (17).

Ce sont encore les conventions qu'elles ont passées avec

(17) Ces chiffres ont été diversement appréciés, on les a trouvés trop élevés, trop bas, trop fixes, et ne tenant pas assez compte des disponibilités réduites que peuvent avoir les petits salariés. Il nous semble cependant que la loi a déjà fait beaucoup pour les petits salariés et qu'il est bien difficile, fût-ce au nom de la solidarité, d'accroître encore à leur profit la charge des travailleurs à revenu moyen. De plus, le pourcentage prévu, qui met pour l'assuré le prix de la consultation médicale entre 3 et 4 francs, ne saurait paraître excessif. Son danger est même de ne pas limiter suffisamment les abus de la part des assurés.

les syndicats qui fixeront les détails d'application de ce régime. Toutefois, le décret du 25 juillet 1930 est venu satisfaire un vœu bien souvent émis par les syndicats de pharmaciens, en décidant que le tarif applicable aux médicaments, spécialités et appareils serait arrêté par le Ministre, après avis de la commission consultative : ainsi est instauré le tarif national unique.

Mais le deuxième alinéa du paragraphe 5 vient singulièrement limiter les responsabilités de l'assurance : « le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra en aucun cas excéder, par journée de maladie à partir de la première constatation médicale, 50 p. 100 de la moyenne générale des salaires de base, ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque caisse, à cotisation. »

Cette disposition, introduite par la loi du 1930, garantit une sécurité relative aux caisses, mais elle est bien dure pour les assurés. En effet, si l'on admet comme salaire général moyen 20 francs environ, une somme de 10 francs sera consacrée à la journée de maladie pour n'importe quelle catégorie d'assurés. S'il s'agit d'un rhume léger ou d'une indisposition bénigne, le malade sera peut-être défrayé; mais que la maladie soit un peu grave, qu'elle nécessite seulement une visite médicale tous les deux jours, que restera-t-il pour les remèdes dont le prix peut cependant être élevé? Or, on ne peut exiger du praticien des prestations gratuites; l'assuré devra donc décider s'il préfère se passer de soins nécessaires ou acquitter lui-même le montant des frais que l'assurance refusera de payer. Toujours pénible, une telle situation deviendra particulièrement irritante pour les salariés versant une cotisation élevée et qui verront l'assurance les abandonner dès qu'une maladie un peu sérieuse les atteindra.

Le texte prévoit, il est vrai, quand la maladie exigera un traitement spécial, que le maximum prévu pourra être dépassé à la suite d'un accord entre le médecin et la caisse, ou, au cas de désaccord, si la commission technique le permet. Les traitements véritablement spéciaux (mécano ou radiothérapie, opérations chirurgicales), très onéreux, ne sauraient, en effet, jamais être administrés sans dépasser de beaucoup le maximum. Mais la loi n'a pas précisé ce qu'il faut entendre par traitement spécial. Dès lors, le médecin, pris de pitié pour l'assuré peu aisé qui est gravement atteint, ne va-t-il pas déclarer que des soins fréquents et nécessairement plus attentifs constituent un traitement spécial ? Il arrivera ainsi, pourvu que la caisse veuille bien s'y prêter, à exonérer le malade d'une charge peut-être lourde. Et qui oserait l'en blâmer ?

§ 5. — *Quid* lorsqu'une convention ne pourra être conclue ?

Impressionné par les très vives protestations du corps médical, lors de la discussion et du vote de la loi de 1928, le législateur a été amené à prévoir, dans celle de 1930, le cas où les caisses et les syndicats professionnels n'arriveraient pas à s'entendre pour établir une convention. Il ne fallait pas qu'un semblable désaccord arrêtât l'application de la loi ; aussi deux moyens ont-ils été mis à la disposition des caisses pour leur permettre de secourir quand même les assurés.

Elles peuvent, tout d'abord, prendre à leur charge une part forfaitaire de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité déterminé par elles : ainsi les caisses établissent librement ce tarif au lieu de le fixer d'accord avec les syndicats professionnels. Elles prennent ensuite une

part des frais occasionnés par les prestations ainsi évaluées (18).

La seconde solution offerte aux caisses consiste dans la faculté de servir à l'assuré une indemnité journalière forfaitaire de soins pour les maladies ne comportant ni intervention chirurgicale ni hospitalisation : de telles éventualités, en effet, constitueraient par excellence des traitements spéciaux entraînant le versement de sommes supplémentaires (18). Dans les cas normaux, le minimum de l'indemnité journalière sera égal à 20 p. 100 de la moyenne générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu à cotisation. La loi précise même, — c'était cependant bien évident, — que les 15 ou 20 p. 100 laissés à la charge du malade, dans le paiement habituel des prestations en nature, n'auront pas ici à être prélevés sur l'indemnité qu'il devra toucher intégralement. Cette indemnité est due à partir du *premier jour* et tout le temps de la maladie, quelle qu'en soit la gravité. Si l'on songe que 20 p. 100 du salaire moyen représente un versement de 4 francs par jour environ, on se rend compte des résultats regrettables que pourra donner, dans une maladie sérieuse, un tel système, insuffisant même dans le cas d'une indisposition légère.

Il ne faut guère compter pourtant que les caisses verseront des sommes supérieures aux minima que fixe la loi. En effet, elles n'auront pas passé de convention parce que leurs finances ne sont pas brillantes ou qu'elles sont trop avares de leurs deniers pour accepter les conditions des praticiens; elles saisiront avec empressement cette occasion de limiter leurs frais autant qu'il leur sera possible.

Au forfait devront s'ajouter, il est vrai, des suppléments pour traitements spéciaux, alloués selon la procédure ex-

(18) Art. 4, § 7, al. 3, de la loi.

posée au paragraphe précédent ⁽¹⁹⁾. En outre, des indemnités seront attribuées pour rémunérer le déplacement nécessaire du médecin : calculées sans doute au kilomètre, elles ne susciteront aucune difficulté d'application.

Nous en avons assez dit pour montrer que la mésentente entre caisses et praticiens préjudiciera surtout aux malades.

Le médecin verra peut-être le nombre de ses actes diminuer parce que les malades auront moins de ressources; du moins sera-t-il rémunéré à proportion de son travail et, d'autre part, l'attitude peu conciliante de son syndicat lui est peut-être pour partie imputable. Mais l'assuré, lui, paie ses cotisations et, en échange, ne reçoit qu'une part de ce qu'on lui a promis.

Aussi s'explique-t-on l'opposition qu'a rencontrée au Parlement et dans l'opinion publique tout entière un tel système. Le Sénateur Strauss résumait d'un mot sa conséquence détestable : « cette indemnité, notoirement insuffisante, pénalise en quelque sorte le malade, alors qu'il n'a aucune responsabilité dans le désaccord très regrettable qui existe entre les praticiens et les caisses. »

Il est donc évident que les assurances sociales ne pourront bien fonctionner que par l'étroite collaboration des caisses et des praticiens.

Lors de la discussion à la Chambre de la loi de 1930, le président de la Commission d'hygiène disait : « Nous avons la profonde satisfaction de déclarer que la loi des assurances sociales a l'adhésion pleine et entière, sans réserve, du corps médical : Les médecins apporteront aux

(19) L'accord entre le médecin et la caisse sera cependant plus difficile à réaliser ici. En effet, les deux parties en cause vivent en mésintelligence : il est à craindre qu'à une attitude bienveillante à l'excès du médecin vis-à-vis de l'assuré dont il aura pitié ne corresponde une trop grande méfiance des caisses qui provoquera de fréquents conflits.

caisses le concours le plus vigilant, un concours absolu. Ce concours est indispensable à la bonne application de la loi et à l'équilibre financier des caisses. »

Si l'assurance sociale-maladie ne suscite pas chez les médecins autant d'enthousiasme que laisseraient supposer ces paroles, du moins les importantes concessions, bien légitimes du reste, nous ne craignons pas de le redire, qui ont été faites aux praticiens les ont à peu près ralliés à la loi. C'est donc aux assurés qui administrent les caisses qu'il appartient de ne pas prendre une attitude qui rende la conclusion d'accords impossible.

CHAPITRE V

LES PRESTATIONS EN ESPECES

Le travailleur immobilisé par la maladie peut être envisagé à deux points de vue : C'est d'abord un individu auquel il importe de donner des soins, et l'assurance lui vient en aide par ses prestations en nature. Mais c'est aussi un chômeur involontaire, dont il faut compenser le manque à gagner et dont la situation est d'autant plus pénible que sa famille est plus nombreuse. Parfois même une personne de l'entourage du malade devra rester auprès de lui pour le soigner, alors qu'elle travaillait en temps normal. Ainsi s'accroît encore, dans le budget familial, le déficit causé par la maladie. Aussi, presque toutes les législations prévoient-elles le versement d'indemnités destinées à remplacer, pour partie au moins, le salaire manquant.

Il semble que l'idéal serait de verser des sommes strictement égales à la rémunération perdue par l'assuré. Mais l'expérience a démontré qu'en dehors même de la très lourde charge qui en résulterait pour les caisses, un tel système serait dangereux, parce qu'il inciterait à la fraude et à la paresse l'individu qui ne perdrait rien à ne pas travailler. Il peut, du reste, avoir quelques économies personnelles, qui, seules, ne lui permettraient pas de vivre, mais qui viendront heureusement remplacer la part du salaire absent dont la caisse ne l'indemnise pas.

C'est pour cela que la législation française accorde aux assurés malades des prestations destinées à compenser le manque de salaire, mais dont la durée et le taux ne coïncident pas avec ceux des pertes éprouvées. Bien entendu, en bénéficient seuls les salariés, non les membres de leur famille, à l'inverse des prestations en nature. En outre, toujours pour éviter la fraude, les maladies, blessures ou infirmités résultant d'une faute intentionnelle, si elles sont soignées aux frais de la caisse, n'ouvrent cependant pas droit au versement des prestations en argent. Une telle disposition était utile pour prévenir des abus analogues à ceux qui se commettent chaque jour en matière d'accidents du travail.

SECTION PREMIERE

LE TAUX DE L'INDEMNITÉ

§ 1. — Le principe.

Tout assuré malade qui, d'après attestation médicale, ne peut continuer ou reprendre son travail a droit « à une indemnité par jour ouvrable, égale à la moitié du salaire de base de la catégorie dans laquelle le classent les cotisations obligatoires » (1).

Ainsi, à l'inverse de ce qui se passe dans certains pays étrangers, seuls les jours ouvrables, donc susceptibles d'un salaire, sont chez nous indemnisés.

La loi du 30 avril 1930, en substituant le régime des classes à la proportionnalité directe des prestations avec

(1) Art. 3, § 1, de la loi.

les salaires, a beaucoup facilité le service de ces indemnités. De plus, et dans un but de simplification encore, elle se réfère à la situation actuelle de l'assuré, sans se préoccuper de ses gains dans une période assez longue antérieure à la maladie, pour fixer le taux du demi-salaire. C'est bien juste du reste, puisque c'est l'absence du salaire actuel qu'il s'agit de compenser. En effet, l'article 21 du décret du 25 juillet 1930 dispose que le salaire de base à considérer « est celui de la catégorie de l'assuré pendant le trimestre qui a précédé le début de la maladie ou de l'accident ».

Enfin, « pour pouvoir prétendre à l'indemnité journalière, l'assuré doit s'être strictement conformé, depuis le début de la maladie ou de l'accident, à toutes les prescriptions du médecin » (2). Ainsi il n'aura pas la tentation de se mal soigner, pour faire durer le repos payé que lui procure la maladie. Etabli en principe à 50 p. 100 du salaire de base, le taux de cette indemnité est cependant susceptible d'accroissement ou de diminution, suivant la situation dans laquelle se trouve le malade.

§ 2. — Les majorations.

Lorsque l'assuré a des charges de famille, au sens où nous les avons définies antérieurement, c'est-à-dire des enfants de moins de 16 ans, âgés cependant, dans le cas présent, de plus de 6 semaines, il lui est alloué un supplément d'indemnité (3). Ce supplément, fixé à 1 franc par jour et par enfant, est versé par le fonds de majoration. Quoiqu'il soit actuellement double de celui que prévoyait la loi de

(2) Décr. 25 juill. 1930, art. 23.

(3) Art. 20, § 2, de la loi.

1928, il est encore bien bas et bien insuffisant. Pour être un avantage vraiment utile, il faudrait qu'il soit augmenté d'une manière considérable. Bien entendu, lorsque deux salariés mariés ensemble ont droit en même temps aux indemnités de maladie, ce supplément résultant des charges de famille n'est acquitté qu'une seule fois.

La loi de 1930 a renoncé à accorder les majorations portant jusqu'à 60 p. 100 l'indemnité servie aux petits salariés que prévoyait la loi de 1928. Une telle disposition était très onéreuse pour les caisses et la division en classes de salaires la rend moins nécessaire.

Signalons enfin une dernière mesure qui aboutit également à majorer les prestations accordées aux travailleurs malades. Elle est prévue au paragraphe 3 de l'article 5 de la loi. « Lorsque la maladie a duré plus de quinze jours, la caisse d'assurances verse, pour chaque jour ouyrable à partir du seizième, au compte de l'assuré à qui elle sert une indemnité, la moitié de la fraction de cotisation qui devra être affectée au risque-vieillesse. Cette fraction est déterminée d'après le salaire de base qui sert au calcul de l'indemnité journalière de maladie. » Seuls, en effet, les droits à l'assurance-vieillesse sont intéressants à conserver, car l'assurance-maladie continue à courir sans qu'il y ait à verser, et l'assurance-invalidité en sera, le cas échéant, la conséquence automatique. L'assuré, se voit ainsi déchargé de la moitié de la cotisation relative à l'assurance-vieillesse, qui correspond, si l'on veut, à la part que l'employeur ne verse plus pour lui. Il pourra facilement, et sans se priver beaucoup, compléter lui-même le versement. Pour les quinze premiers jours, il doit verser seul, selon les dispositions de l'article 2, § 40, de la loi, la cotisation totale, s'il désire faire compter ce temps pour l'assurance-vieillesse.

§ 3. — Les réductions.

Les indemnités journalières sont réduites, dans certaines proportions que fixe l'article 6, § 3, lorsque l'assuré est hospitalisé. D'une part, en effet, son traitement coûte plus cher à la caisse que les soins donnés à domicile et, d'autre part, le malade a beaucoup moins d'occasions de dépenser : nourriture, et même éclairage, chauffage et logement, s'il est célibataire, ne sont plus à sa charge. La plus grosse dépense qu'il supporte est le paiement du pourcentage des honoraires médicaux et des frais d'hospitalisation et de pharmacie laissés à sa charge. Cependant il est bon qu'il ne sorte pas de l'hôpital absolument dénué de ressources : aussi conserve-t-il le droit au quart de l'indemnité. Les sommes perçues par lui se réduisent, du reste, à peu de chose; elles varient de 0 fr. 75 à 4 fr. 50 par jour selon les classes.

Mais si l'assuré est marié, et bien plus encore s'il a des enfants, ce n'est qu'une part parfois bien réduite des frais de son ménage que va supprimer l'hospitalisation. Il faut permettre pendant ce temps à sa famille de vivre; aussi l'indemnité versée au salarié est-elle fixée à la moitié du demi-salaire lorsqu'il est marié et aux deux tiers lorsqu'il a des enfants ou des ascendants à sa charge. En outre, les majorations pour charges de famille continueront à être payées intégralement, même au cas d'hospitalisation.

SECTION II

LA PÉRIODE D'INDEMNISATION

Tout comme les soins, le versement de l'indemnité de maladie s'arrête au bout du sixième mois qui a suivi la

constatation médicale de l'état morbide; mais une différence a été établie pour le point de départ entre les deux catégories de prestations : il faut souhaiter que le malade, dès qu'il éprouve les plus légers symptômes, aille au médecin, il faut l'encourager dans cette voie préservatrice et curative par tous les moyens possibles, et le premier de ces moyens est de le faire bénéficier de soins gratuits dès le début de sa maladie.

Au contraire, indemniser le chômage dès les premiers jours aurait de graves inconvénients. Tout d'abord, le risque offert par les maladies de courte durée est très considérable. Il n'est pour ainsi dire personne qui ne suspende son travail, ne fût-ce que deux ou trois jours par an, pour soigner chez soi quelque indisposition. C'était déjà imposer une lourde charge à l'assurance; mais cette charge risquait d'être accrue d'une manière bien plus considérable encore, si l'on songe aux abus auxquels pouvaient donner lieu des prestations trop libéralement accordées.

Des salariés bien portants pourraient, en effet, être tentés de prendre quelques jours de repos en simulant une maladie, s'ils savaient qu'ils recevront *pendant tout le temps où ils cesseront de travailler* les versements de l'assurance. Mais la pensée de rester près d'une semaine sans indemnité retiendra plus d'un assuré, et cela pour le plus grand bien des finances des caisses.

Ce sont ces deux ordres de considérations qui ont amené à peu près toutes les législations à ne pas accorder à l'assuré les indemnités pendant un *délai de carence* de quelques jours à compter du début de la maladie. La durée fixée par l'ensemble des pays étrangers est de trois jours, comme le recommandait la Conférence Internationale de Genève en 1927. Le projet de loi français de 1924, à l'exemple de la

loi de 1898 sur les accidents du travail, établissait aussi un délai de trois jours. La commission du Sénat proposa de le porter à huit; finalement, il a été fixé à cinq jours, après maintes discussions.

Ce délai réalise-t-il les conditions souhaitables pour une mesure de ce genre : 1° être assez long pour décourager l'assuré qui serait tenté de s'accorder quelques jours de vacances aux frais de l'assurance; 2° ne pas l'être trop, pour que celui-ci ne se prive pas d'un repos nécessaire, craignant de ne pouvoir s'entretenir à ses frais durant la période de carence, ou encore pour qu'il ne soit pas mis, dès le début d'une maladie, peut-être longue, dans une situation voisine de la misère ? L'expérience répondra à cette question. Ce qui est certain, c'est que ce délai est excellent pour les caisses, et la seule suppression des indemnités pendant le quatrième et le cinquième jour, diminue de 7 p. 100 les dépenses de l'assurance.

Le point de départ de l'indemnité est, d'après les termes de la loi, le sixième jour qui suit le début de la maladie ⁽⁴⁾ ou de l'accident, fixé lui-même si l'on se rapporte à l'article 4, § 8, au jour de la première constatation médicale. Constatation nécessaire pour déjouer la fraude de l'assuré, qui pourrait se dire malade sans l'être réellement ou serait tenté de faire remonter plus haut une maladie réelle, dans le seul but d'éviter de souffrir du délai de carence. Cependant l'assuré désireux de ne pas perdre ses droits ne va-t-il pas, dès le moindre malaise, faire intervenir le médecin, alors que, sans cette disposition, il n'y aurait pas eu recours ?

(4) Art. 5, § 1, de la loi.

Remarquons d'ailleurs que ce délai est en fait de six jours : en effet, si la « constatation médicale est du 9 avril, par exemple, dit le Docteur Chauveau, le délai de carence courra à partir du 10, même si c'est un dimanche, et, à partir du 15 l'indemnité journalière est due; toutefois si le 15 était un dimanche ou un jour férié, l'indemnité ne courrait qu'à partir du 16, puisque l'indemnité journalière est due seulement pour les jours ouvrables » (5). Mais l'assuré n'appelle le médecin que lorsqu'il est malade et la journée considérée comme le point de départ de la maladie est déjà une journée de chômage, qui, s'ajoutant aux 5 autres, prolonge d'une façon excessive dans certains cas la période de non-indemnisation.

Si l'assuré, après la constatation médicale de son état morbide, continue à travailler, on admet qu'il faut reporter au jour de la cessation réelle du travail l'ouverture du délai, l'assuré ne pouvant réunir à la fois la double qualité de salarié indemnisé pour incapacité de travail et de salarié rétribué.

Il y a pourtant une catégorie de personnes que le législateur entoure à bon droit d'une sollicitude particulière : ce sont les pères de famille nombreuse. Il était, en effet, abusif de laisser pendant six jours, sans indemnisation, le salarié dont le travail fait vivre plusieurs enfants et dont le manque à gagner peut atteindre, s'il jouit d'allocations familiales, des proportions plus considérables. Aussi une disposition nouvelle, introduite dans la loi en 1930, réduit-elle de deux jours le délai de carence imposé aux assurés qui ont au moins trois enfants ou pupilles de la Nation à

(5) Chauveau, *Loi sur les assurances sociales*, p. 314.

leur charge ⁽⁶⁾. Accoutumés du reste à travailler avec plus d'acharnement et de continuité, ils seront moins disposés que la masse des assurés à frauder et à s'accommoder d'une oisiveté à demi rémunérée. C'est une raison de plus pour leur concéder, sans hésitation, un tel avantage.

(6) Art. 5, § 1, al. 2, de la loi : « Cette indemnité est due à partir du quatrième jour si l'assuré a au moins trois enfants ou pupilles de la Nation à sa charge dans les conditions prévues à l'article 20. »

CHAPITRE VI

L'HOSPITALISATION

Nous nous retrouvons, avec l'hospitalisation, de nouveau en présence d'une prestation en nature accordée aux assurés. Si nous en faisons ici l'objet d'une étude spéciale, c'est qu'elle revêt un caractère particulier à raison du milieu où les soins sont administrés et des répercussions que ce milieu entraîne, tant sur la situation du malade que sur celle du praticien qui le soigne.

Les bénéficiaires de ce régime sont rigoureusement les mêmes personnes qui jouissent des soins en nature à domicile, et il nous suffit de renvoyer sur ce point à nos développements antérieurs.

Il nous reste à déterminer ici quels établissements hospitaliers peuvent recevoir les assurés, à quels soins ceux-ci peuvent prétendre et de la part de quels praticiens, qui, enfin, acquitte les frais causés par l'hospitalisation.

SECTION PREMIERE

LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ADMIS A RECEVOIR LES ASSURÉS

L'article 6, § 1, énonce que l'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les « dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant des cais-

ses ou ayant passé des contrats avec elles ». Cette énumération n'est nullement limitative et il s'agit dans l'esprit de la loi de tous les établissements ou des soins sont régulièrement distribués; cela est hors de doute.

Mais une question plus délicate est celle du lien qui rattache ces établissements aux caisses. Ce peut être, tout d'abord, une dépendance absolue, lorsque les caisses sont propriétaires de l'établissement, qu'il leur ait été donné, qu'elles l'aient fondé de leurs propres deniers ou qu'elles l'aient acheté. L'article 33, § 4, de la loi, leur reconnaît, en effet, le droit d'employer les excédents de recettes, entre autres choses, « à créer ou à développer des œuvres de maternité et d'enfance, des hôpitaux, sanatoriums, préventoirs, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraite et autres institutions d'hygiène sociale et de prophylaxie générale » (1).

La loi, cependant, n'a pas reconnu aux caisses une pleine liberté pour la fondation d'établissements nouveaux. Elle a voulu que les conditions d'hygiène et de commodité indispensables fussent respectées; elle a craint que les caisses, trop confiantes en elles-mêmes ou tentées par le bon marché, n'exécutent des plans imparfaits qui rendraient l'usage de leurs établissements impossible, difficile ou dangereux. Nul n'était mieux qualifié pour donner d'utiles conseils que les praticiens : aussi les caisses devront demander par lettre recommandée l'avis des syndicats intéressés.

Cet avis devra être donné dans le délai d'un mois. En cas de désaccord, les syndicats pourront, dans le délai fixé ci-dessus, saisir la commission tripartite prévue à l'ar-

(1) C'est pour faciliter la constitution de telles entreprises que la loi permet, dans son article 28, § 3, aux caisses primaires de se grouper en unions régionales et en fédérations nationales.

ticle 7, § 5, laquelle statuera dans un délai de deux mois. La brièveté des délais impartis garantit que le retard apporté par cette formalité ne sera pas considérable; il est à supposer, en effet, que caisses et praticiens arriveront vite à trouver une formule d'entente.

De plus, on a reconnu à cet accord une autre utilité, celle de réprimer la tendance des caisses à créer trop abondamment des établissements hospitaliers ayant leur personnel attitré, où elles enverraient des malades qui peuvent parfaitement être soignés à domicile. Elles arriveraient ainsi à priver la quasi-totalité des assurés du libre choix des praticiens, et, par contre-coup, un grand nombre de ces derniers seraient presque complètement exclus du droit de soigner les assurés.

Nous ne croyons pas, quant à nous, que le danger fût très sérieux, car la fondation d'une maison de soins est une entreprise coûteuse. Il est plus probable que, pendant les premières années tout au moins, on se bornera à utiliser les installations préexistantes. On conclura de simples conventions, tant avec les maisons privées indépendantes jusqu'alors, qu'avec les établissements de l'assistance publique où les assistés seront devenus plus rares.

Les caisses pourront également « passer des contrats avec les Sociétés ou Unions de sociétés de secours mutuels ayant créé des œuvres sociales dans les conditions de l'article 8, al. 7, de la loi du 1^{er} avril 1898 modifiée, en vue d'en faire bénéficier leurs adhérents assurés de la présente loi » (2).

Et la loi renvoie aux conventions qui seront passées entre les établissements hospitaliers et les caisses. Ce sont elles qui déterminent les conditions dans lesquelles sont admis

(2) Art. 6, § 1, al. 3.

et hospitalisés les malades, les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation et les modalités du contrôle général exercé par les caisses.

Ce n'est pas tout. Il est même possible aux assurés de recevoir des soins dans des maisons qui n'ont passé avec les caisses aucune convention. Cela a été clairement mis en évidence par un incident de la discussion de la loi (3). M. François Saint-Maur demanda au rapporteur au Sénat si l'assuré pouvait se faire soigner dans une clinique, alors même que cet établissement n'aurait pas passé de convention avec sa caisse. La réponse fut affirmative : elle consacrait en matière hospitalière le libre choix le plus absolu.

L'égalité entre les maisons de santé et les hôpitaux de l'assistance publique n'est toutefois qu'apparente. Ceux-ci, en effet, jouissent d'un régime fiscal privilégié, de subventions diverses, de dons et legs qui ramènent à un prix de revient notablement moins élevé la journée du malade. Il semble donc nécessaire de rétablir l'équilibre rompu au préjudice des maisons particulières. Pour cela, « deux solutions viennent à l'esprit : ou libérer la maison de santé de ces impôts et taxes au prorata du nombre de lits réservés dans chaque établissement aux assurés sociaux, ou bien établir dans l'hôpital la discrimination entre la partie réservée uniquement aux indigents, fonctionnant sous l'empire de la loi du 7 août 1851, partant dégrevée de tout impôt, et la partie maison de santé à bon marché considérée comme établissement commercial, partant soumise aux droits et impôts des maisons de santé » (4).

Enfin une dernière difficulté a été soulevée : Des professeurs de faculté avaient craint que la disparition d'une

(3) Cité par Chauveau, *Loi sur les assurances sociales*, p. 328.

(4) Docteur Duchesne, *Concours médical*, 19 mars 1930, p. 909 et s.

grande partie des bénéficiaires de l'assistance publique, qui seront assurés, ne crée des difficultés pour l'enseignement de la médecine. Des malades iront, en effet, dans des cliniques dont l'entrée sera interdite aux étudiants, et ceux mêmes que les caisses enverront dans les hôpitaux publics demanderont sans doute à ne plus être importunés par les exigences de l'enseignement, qu'ils supportaient auparavant, parce qu'ils étaient admis par pure charité. Dans certaines villes de facultés déjà, disait-on, on rencontre de semblables difficultés, parce que les accidentés du travail préfèrent être soignés dans des cliniques privées, plus confortables et peut-être plus indulgentes à la fraude. Une telle crainte nous paraît excessive. D'abord tous les assistés bénéficiaires du régime institué par la loi du 13 juillet 1893 ne disparaîtront pas. Beaucoup d'assurés, d'autre part, jouiront de l'assistance en ce qui concerne la part des frais d'hospitalisation et de soins laissés à leur charge par la caisse, conformément aux articles 58 et 59 de la loi, et rien ne dit que même les assurés ordinaires ne préféreront pas se soumettre à des examens peut-être ennuyeux, pour avoir ensuite l'avantage d'être soignés par un prince de la science.

Le législateur, cependant, pour donner satisfaction au corps professoral, a inséré dans la loi un alinéa ainsi conçu ⁽⁵⁾ : « La construction ou l'aménagement d'établissements hospitaliers, de prévention ou de cure ne pourront s'effectuer, dans les villes où siège une faculté ou une école de médecine, qu'après avis des commissions administratives des hôpitaux et des conseils de faculté ou écoles de médecine. »

(5) Art. 34, § 1, 2^o, d), al. 2.

SECTION II

QUELS SOINS SONT DONNÉS ET PAR QUI ?

L'assuré a droit aux « consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle » (6).

En ce qui concerne les *consultations*, il ne s'agit pas d'un régime analogue à celui des consultations gratuites données aux indigents dans les établissements de l'Assistance publique. Toutes les maisons donnant des soins aux assurés sociaux pourront organiser des consultations médicales. Mais elles ne seront pas gratuites et leur prix devra être acquitté dans les conditions ordinaires : la caisse fournissant sa part contributive habituelle et les assurés le complément. Sur les sommes ainsi versées, les établissements hospitaliers feront, sans doute, un prélèvement à leur profit qui sera, en quelque sorte, le loyer de l'installation qu'ils mettent à la disposition des médecins et qui leur permettra d'améliorer leur outillage.

Mais leur rôle principal est de procéder à des *traitements*. Alors le malade, complètement hospitalisé, reçoit, en outre des soins médicaux, les remèdes, et en général tout ce qui est nécessaire à sa subsistance : nourriture, logement, chauffage, etc. Mais il verra se réduire, dans les proportions que nous avons indiquées, l'indemnité journalière de demi-salaire (7).

(6) Art. 6, § 1, al. 1^{er}, de la loi.

(7) Cf. *supra*, p. 132.

Si l'assuré a librement choisi la clinique dans laquelle il voulait se faire admettre, va-t-il pouvoir y choisir encore son praticien? Aussi bien les hôpitaux de l'assistance publique, soumis au régime de la loi de 1857, que les maisons de santé privées, fortes de leur droit de propriété, sont maîtres chez eux et libres de n'y recevoir que les médecins qui leur agréent. Leur attitude variera, sans doute, avec les localités : « Là, dit à ce propos le Docteur Duchesne, où il est impossible de laisser venir à l'hôpital tous les médecins de la ville et des environs, parce qu'ils sont trop, la commission administrative recrutera au concours ses praticiens, qui, seuls, pourront soigner les malades hospitalisés. Mais les médecins non admis se verront privés de clients; ne vont-ils pas freiner à l'hospitalisation? Ailleurs la commission entendra devoir réserver ses salles communes à ses seuls médecins et chirurgiens, mais croira pouvoir autoriser les médecins de ville à soigner librement les assurés sociaux admis en salles et chambres particulières; cela se passera comme à Nancy. »

La récente convention-type entre les caisses et les établissements hospitaliers de Paris adopte un système analogue : les malades admis au tarif le plus bas des malades payants, en salle commune, recevront les soins du corps médical attaché à l'établissement, tandis que ceux qui seront placés dans des pavillons séparés, jouiront du libre choix et s'entendront directement avec leur médecin en ce qui concerne le paiement des honoraires. Une telle solution sera sans doute adoptée dans toutes les villes importantes, où les praticiens sont nombreux. « Plus loin, continue l'éminent docteur, un petit hôpital croira pouvoir organiser, de concert avec les médecins locaux, un roulement ou un libre choix absolu. Par conséquent, question

de discipline intérieure et question d'ordre local. Ce qu'il faut, c'est qu'une collaboration franche et loyale s'établisse entre les établissements hospitaliers de tous ordres et les syndicats médicaux des praticiens de la région. Quant aux maisons de santé, je ne vois pas comment un médecin, qui a ouvert de ses propres deniers un petit établissement, pourrait être dépossédé de ses droits de propriétaire au profit de la collectivité médicale, alors que le libre choix serait imposé. Que les maisons de santé organisées par des sociétés commerciales envisagent la possibilité de laisser tous les chirurgiens venir opérer, soit, mais de toutes façons nous sommes sous l'empire du droit privé pur qu'il faut respecter. » (8).

Les droits de l'assuré au libre choix du praticien peuvent, malgré tout, s'exercer dans une certaine mesure. Dans les villes où il y a plusieurs établissements, chacun aura son personnel médical attitré et le malade choisira celui dans lequel soigne le médecin qu'il préfère. Aussi n'est-il pas douteux que la qualité des praticiens qui y auront accès pèsera fortement sur l'achalandage des cliniques.

En matière pharmaceutique, la question n'est pas susceptible d'aussi nombreuses modalités. Il n'est pas possible de parler ici, pour l'assuré, de libre choix. Il y aura un pharmacien attaché à l'établissement, ou bien celui-ci se fournira chez l'un de ceux qui exercent dans la localité. Les considérations subjectives importent moins d'ailleurs pour l'assuré : pourvu qu'un remède soit bien préparé, il n'attache souvent que peu d'importance à l'officine de laquelle il sort. Mais les pharmaciens pourront voir avec regret leur clientèle en partie détournée par l'établissement hospitalier.

(8) Duchesne, *Concours médical*, 19 mars 1930, p. 909 et s.

Quant à la liberté de prescriptions, au sujet de laquelle on a beaucoup discuté dans le cas d'hospitalisation, il semble qu'elle se résolve d'une façon assez simple. La situation a été obscurcie par l'existence de règlements très stricts et très prohibitifs, établis pour les malades de l'Assistance publique. Dans notre cas, l'assuré, qui paie, doit avoir exactement les mêmes fournitures qui lui seraient données s'il était chez lui : il n'y a aucune raison de le traiter plus durement, parce qu'il est hospitalisé, et de l'assimiler aux indigents qui sont à la charge de la collectivité.

SECTION III

LE PAIEMENT DES FRAIS D'HOSPITALISATION

Il faut d'abord distinguer les frais d'hospitalisation proprement dits et les frais d'honoraires médicaux. Ceux-ci, en principe, sont acquittés dans les proportions habituelles par l'assuré et la caisse. Mais le mode de paiement risque d'être différent de ce qu'il est pour les assurés soignés à domicile.

On peut bien concevoir que des rapports directs se maintiennent entre le médecin et son client; mais, le plus souvent, surtout dans les grandes villes, la commission administrative de l'hôpital réclamera à la caisse d'assurance et au malade leur part respective des frais médicaux et chirurgicaux.

Elle prélèvera d'abord un pourcentage destiné à l'entretien et à l'amélioration de son outillage et n'effectuera que rarement le paiement du médecin à l'acte médical : elle préférera accorder une indemnité forfaitaire ou un traitement fixe. Ce sera d'autant plus facile que, le libre choix

étant supprimé, le nombre des médecins sera plus limité et leur service mieux déterminé au sein de l'établissement.

Pour faciliter la perception, on ajoutera, le plus souvent, au prix de chaque journée d'hospitalisation dans les services de médecine et de chirurgie une somme fixe pour tous les malades, représentant les honoraires des praticiens. Mais cette somme sera bien supérieure à celle qu'on demandait précédemment pour les malades de l'Assistance publique. C'est qu'il s'agit, cette fois, non de consentir au personnel médical une indemnité infime, plus honorifique qu'utile, mais de lui assurer une rémunération équivalente à celle qu'il obtiendrait en soignant, dans des conditions ordinaires, des malades d'une situation modeste ⁽⁹⁾.

Pour le paiement des médicaments, après avoir songé à ouvrir un compte personnel à chaque assuré, on s'est finalement décidé, là encore, pour un prix forfaitaire, unique et moyen, que l'on incorpore à la journée d'hospitalisation.

La part laissée à la charge des caisses est de 83 p. 100 du prix total de la journée d'hospitalisation, mais encore sous réserve d'un maximum de versement : « En cas d'hospitalisation, les frais à supporter par la caisse, abstraction faite des honoraires médicaux, seront contenus dans les limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique, à l'égard des malades admis au tarif le plus bas des malades payants. » ⁽¹⁰⁾. Cela, afin que les assurés ne profitent pas du concours de la caisse pour s'adresser à des établissements dont les tarifs seraient trop élevés.

(9) La participation de la caisse aux soins médicaux se réalisera par le paiement de 80 ou 83 p. 100 du forfait, suivant la classe de salariés à laquelle appartient l'assuré.

(10) Art. 6, § 2, de la loi.

Seulement ces tarifs changent sensiblement avec les localités, du fait de l'organisation des hôpitaux et de leurs ressources particulières, et on peut se demander comment l'équilibre des caisses subsistera, alors qu'avec des ressources identiques elles devront faire face à des dépenses variant du simple au double (14).

De toutes façons, du reste, les caisses ne pourront pas facilement contribuer dans les proportions fixées par la loi avec les ressources dont elles disposeront : Dans les milieux compétents, on redoute à bon droit que la partie des frais laissée à la charge de l'assuré ne soit pas inférieure à 50 p. 100 des frais d'hospitalisation, si même elle ne les dépasse pas. Encore, à ce prix, le régime accordé ne sera-t-il que la salle commune, avec les indigents. Des situations meilleures, avec chambres séparées, plus de confort et un personnel infirmier mieux choisi pourront cependant être envisagées, soit dans les hôpitaux qui acceptent les malades de l'Assistance publique, soit dans des maisons de santé particulières. Mais alors ce sont les assurés qui devront payer personnellement tout le supplément des frais occasionné. Or, ils doivent déjà verser la part que la caisse laisse obligatoirement à leur charge, et nous venons de voir qu'elle pourra être lourde. D'autre part, les suppléments qu'ils auraient à acquitter pour jouir d'un régime meilleur seraient assez élevés. Aussi est-il probable que les assurés hospitalisés, dont l'indemnité de demi-salaire est réduite, useront relativement peu de cette faculté et

(14) A titre de curiosité, voici quelques prix de journée d'hospitalisation des malades de l'Assistance publique. Ils sont à peine inférieurs aux tarifs les plus bas des malades payants. Ces chiffres sont donnés par le *Concours médical* du 19 mars 1930. Quelques-uns ont depuis été majorés, mais l'important est que l'on se rende compte des écarts qui existent entre eux.

qu'ils devront se contenter du traitement le plus ordinaire de l'hôpital.

	Médecine.	Chirurgie.
Bar-le-Duc	10 91	12 87
Agen	11 54	11 54
Angoulême	12	12 75
Blois	11	11 90
Digne	10	12
Tours	11 80	14 45
Bordeaux	24 90	26
Belfort	23 31	29 96
Compiègne	16 68	25 97
Marseille	33 20	35 60
Montpellier	21 65	21 65

A Paris, actuellement, la journée d'hospitalisation est de 40 francs environ.

CHAPITRE VII

MESURES DESTINEES A ASSURER LE CONTROLE ET L'EQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE

Une organisation aussi importante et aussi complexe que les assurances sociales ne pourrait fonctionner sans l'intervention de mesures de contrôle et sans juridictions spéciales destinées à trancher les conflits de tous ordres que sa marche risque de faire naître. Des sanctions sont, en outre, nécessaires pour assurer le respect des dispositions légales et des règlements des caisses.

Enfin il est possible qu'à l'usage, en raison de situations particulières de temps ou de lieu, les calculs sur lesquels repose l'équilibre financier de l'institution se trouvent en défaut. Il était donc sage de prévoir soit un emploi des excédents, soit un moyen de remédier aux déficits éventuels.

Toutes ces mesures ont été prévues par les lois et les décrets qui les complètent, mais dans des textes nombreux et disséminés en divers endroits : aussi nous voyons-nous, ici encore, obligé de systématiser et de grouper en un tableau d'ensemble les dispositions édictées par le législateur.

C'est ainsi que nous envisagerons successivement, du point de vue de l'assurance-maladie, le contrôle exercé tant sur les assurés que sur les praticiens, les juridictions spéciales, les sanctions et enfin les moyens de conserver l'équilibre financier des caisses.

SECTION PREMIERE

LE CONTRÔLE

La loi prévoit deux catégories de contrôle : l'un général, mal défini, qui comprend tout ce qui reste en dehors du contrôle spécial et qui est exercé par les caisses; l'autre spécial, technique, réservé aux syndicats de praticiens. C'est de celui-ci que nous allons tout d'abord nous occuper, le rôle du contrôle général apparaîtra ensuite plus nettement.

La seule indication donnée par la loi ⁽¹⁾ est que, « dans les cas où il existe une convention avec la caisse, les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés ».

Les syndicats ayant contracté avec les caisses (qui sont donc habilités par les groupements nationaux) représentent véritablement, aux yeux de la loi, le corps des praticiens. Nous les voyons ici investis d'un contrôle particulièrement important, qui porte à la fois sur leurs membres et sur les confrères non syndiqués. Il importe en effet de veiller d'autant plus sur la conduite de ces derniers, qu'ils se tiennent plus à l'écart. On ne saurait du reste reprocher à cette disposition de faire trop bon marché de la liberté individuelle : Tout médecin qui donnera ses soins au titre de l'assurance sociale est censé adhérer aux conventions passées entre les Caisses et les syndicats habilités, et cette adhésion même le place sous leur contrôle. Les syndicats tireront, d'ailleurs, de cette mission une puissance consi-

(1) Art. 7, § 1, de la loi.

dérable; mais cela est bien conforme aux vœux du corps médical tout entier et l'on ne saurait en attendre que de bons résultats.

Plus que personne, les syndicats sont intéressés au bon renom de la profession, à la stricte observation de ses règles et, dès avant la loi des assurances sociales, nous les voyions en faire, pour ainsi dire, la « police », en poursuivant sans pitié les abus qui pouvaient s'y commettre.

Ils sauront, d'autre part, adoucir ce qu'il peut y avoir d'irritant pour des médecins consciencieux dans le contrôle du nombre de leurs visites, de la régularité de leurs ordonnances ou de la façon dont ils dispensent les prestations.

Ce contrôle, le syndicat l'exerce soit de sa propre initiative, soit à la demande de la caisse. Celle-ci pourra le saisir d'une irrégularité technique qu'elle aura constatée, mais qu'elle est incompétente à réprimer. De plus, le décret du 25 juillet 1930 (art. 26, § 2), interdit aux syndicats de se soustraire à leur obligation de contrôle, sous peine de se voir retirer l'agrément qui leur a été donné. Il précise également le champ d'application et le mécanisme de ce contrôle : « Il porte, d'une part, sur les soins donnés aux assurés (nombre de visites, exactitude des certificats régularité des ordonnances) et, d'une manière générale, sur la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

En ce qui concerne, d'autre part, les fournitures de médicaments et d'appareils, le contrôle porté, indépendamment de l'application éventuelle de la législation sur les fraudes, sur la nature et les qualités des prestations fournies et sur l'exactitude des tarifs appliqués par les praticiens (2).

(2) à (4) Art. 26, §§ 1, 2, 3, décr. 25 juill. 1930.

« L'exercice de ce contrôle ne peut, en aucun cas, entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture de médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celle d'autres praticiens » (3). Enfin les caisses sont toujours mises au courant des abus constatés par les syndicats professionnels, pour leur permettre d'exercer conjointement ou non avec les syndicats toutes actions contre les auteurs de ces abus (4).

La loi, nous l'avons vu, n'a envisagé le contrôle technique que pour les cas où une convention a été conclue avec la caisse. Si aucun accord n'a été réalisé, l'assuré reçoit l'indemnité forfaitaire prévue à l'article 4, § 7, dont nous avons parlé au chapitre III ci-dessus. C'est alors à lui de veiller à la sauvegarde de ses droits, et la manière dont il emploie les indemnités qui lui sont versées n'intéresse plus l'assurance.

A s'en tenir aux termes de l'article 7 de la loi, on croirait également qu'il existe une autre catégorie de contrôle exercé de façon tout à fait indépendante, celui des établissements publics hospitaliers effectué par leur propre administration. Il ne peut cependant s'agir ici d'une autonomie parfaite. On ne conçoit pas que les caisses se désintéressent de l'attitude qu'auront des établissements subventionnés par elles, vis-à-vis de leurs assurés et, comme les syndicats professionnels sont seuls compétents en matière technique, un droit de regard sur les soins donnés à l'hôpital ne peut leur être refusé. Tout en respectant l'administration propre de ces maisons, un décret du 25 octobre 1922 autorise déjà les groupements professionnels à vérifier l'application qui est faite de la loi sur les pensions, et telle est bien aussi l'idée de notre législation, car l'article 28, § 1, du décret du 25 juillet 1930 stipule que les conventions passées entre

les hôpitaux et les caisses doivent déterminer les dispositions prises par l'administration hospitalière pour assurer le contrôle technique.

Quant aux établissements privés, ou à ceux qui dépendent des caisses, ce sont encore les syndicats de praticiens qui en exercent le contrôle, à l'exclusion de ceux qui seraient composés des seuls médecins de l'établissement ⁽⁵⁾. Il fallait, en effet, se défier de l'administration des maisons de ce genre; elles poursuivent parfois un but lucratif, et il est à redouter qu'elles n'aient en vue plutôt les bénéfices à réaliser que la guérison rapide des assurés.

Le contrôle technique délimité, le contrôle général nous apparaît comme portant essentiellement sur les assurés. Il doit être organisé par le règlement des caisses elles-mêmes et porter sur l'examen des conditions requises pour bénéficier de l'assurance, la vérification des charges de famille des assurés, l'examen de l'incapacité de travail, etc. Il est effectué par des médecins contrôleurs dont les investigations ne seront pas du reste sans provoquer quelques difficultés. « Mission délicate assurément, dit à ce sujet M. Solus, et qui va pouvoir être une source de conflits entre le médecin traitant et le médecin contrôleur. Sans doute le décret dispose-t-il que le médecin contrôleur ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant qu'il ne doit point donner des soins aux assurés (art. 52, § 1, al. 2 et 3, Décr. 30 mars 1929) ⁽⁶⁾, vaines injonctions, croyons-nous, la première surtout. Comment faire, en pratique, pour que le médecin contrôleur qui veut remplir sa mission avec conscience ne s'immisce point dans les rapports du malade et du médecin traitant? Il y

(5) Art. 29, § 1, Décr. 25 juill. 1930.

(6) Confirmé par l'art. 23, § 1, Décr. 25 juill. 1930.

sera amené par la force des choses. Le décret lui-même l'a bien aperçu puisqu'il décide ailleurs (art. 52, § 1, al. 1) ⁽⁷⁾ qu'en cas de désaccord avec le médecin traitant, le médecin contrôleur devra aviser la caisse» ⁽⁸⁾.

La loi leur donne comme auxiliaire des visiteurs et des dames visiteuses, qui s'enquière^{nt} des conditions hygiéniques et morales dans lesquelles vivent les malades, leur dispensent des prestations en argent et leur apportent un concours moral. Médecins et visiteurs signalent, le cas échéant, dans des rapports adressés au service local, les abus, lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater. Et pour permettre à ces investigations de s'exercer librement la loi ordonne que « tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués par le règlement général d'administration publique » ⁽⁹⁾. La sanction du refus opposé par l'assuré est la suspension de toute prestation en nature, comme en espèces. Disposition nécessaire, car l'assuré ne manquerait pas, principalement lorsqu'il aurait quelque chose à se reprocher, de rejeter comme importun un examen d'où pourrait résulter sa condamnation. La loi cependant, désirant lui donner toutes garanties, lui permet d'être assisté du médecin traitant ⁽⁹⁾. L'avis de ce praticien sera plus écouté et il pourra présenter d'utiles observations sur les antécédents et l'état du malade qu'il connaît bien.

SECTION II

LES JURIDICTIONS

Posons tout d'abord en principe que la juridiction de droit commun des assurances sociales, la commission can-

(7) Confirmé par l'art. 25, § 1, Décr. 25 juill. 1930.

(8) Solus, *Comment fonctionnent les assurances sociales*, p. 57.

(9) Loi, art. 7, § 2, et Décr. 25 juill. 1930, art. 25, § 4.

tonale, fonctionne pour toutes les matières qu'un texte spécial ne soustrait pas à sa compétence. Elle est composée du juge de paix, d'un assuré et d'un employeur. Ses décisions sont susceptibles d'appel devant le Tribunal civil. Mais l'article 7 de la loi institue deux commissions spéciales auxquelles seront dévolus, en matière de maladie, le plus grand nombre de litiges. Enfin les peines correctionnelles prévues par la loi ne sauraient être infligées que par le tribunal de police correctionnelle.

Nous ne parlerons ici, et encore sommairement, que des deux commissions : commission technique et commission tripartite, dont la compétence est limitée aux affaires ressortissant à l'assurance-maladie.

§ 1. — La commission technique ⁽¹⁰⁾.

Elle a pour but de trancher les difficultés s'élevant, « en ce qui concerne l'état du malade, entre l'assuré et la caisse ». En effet, ce n'est pas le juge de paix qui décide ici, comme en matière d'accidents du travail. Les nombreuses contestations auraient distrait d'abord une partie importante du temps de ce magistrat; d'autre part, les débats publics et les plaidoiries risqueraient de compromettre des secrets professionnels délicats, enfin l'intervention nécessaire d'un technicien en matière de maladie obligerait à de multiples expertises, auxquelles le juge n'aurait souvent qu'à conformer sa sentence. Mieux vaut s'en remettre exclusivement aux praticiens, pourvu que le choix offre toutes garanties d'impartialité. La loi donne entière satisfaction dans ce sens, lorsqu'elle confie le soin d'examiner

(10) Art. 7, § 3, de la loi.

l'état du malade à trois médecins : le médecin traitant, un médecin désigné par la caisse (qui sera sans doute le médecin contrôleur) représentant les parties en cause. Enfin le troisième médecin, choisi par le juge de paix dans les cas ordinaires et, lorsqu'il s'agit d'une contestation portant sur l'invalidité permanente de l'assuré, nommé par le président du tribunal civil.

Lorsqu'un abus a été reconnu, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles. La loi ne spécifie pas contre qui : c'est évidemment contre l'auteur de cet abus, aussi bien le malade que le praticien, qu'il soit syndiqué ou non, car l'action est, ici, basée sur l'article 1382 du Code civil et ne demande aucun lien de droit préalable entre la caisse et l'auteur du préjudice qu'elle éprouve : il s'agit d'une responsabilité délictuelle, non contractuelle.

§ 2. — La commission tripartite ⁽¹¹⁾.

Cette commission établie dans chaque département comprend des représentants des parties intéressés par le fonctionnement de la loi.

Aussi y voit-on siéger, à côté de quatre représentants des caisses, quatre représentants des syndicats de praticiens (trois médecins ⁽¹²⁾ et un pharmacien), élus pour quatre ans, un représentant du ministre du Travail et un représentant du ministre de la Santé publique, ainsi que deux représentants des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics.

(11) Art. 7, § 5, de la loi, et art. 30 du décret.

(12) « Un représentant des syndicats professionnels de chirurgiens dentistes ayant passé des conventions avec les caisses remplace un des trois médecins lorsque la commission traite de questions relatives à l'art dentaire. » (Décr. 25 juill. 1930, art. 30, § 1, al. 6)

Son rôle est double, consultatif et arbitral. On lui soumet les conventions passées entre les caisses et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins et les tarifs de responsabilité établis par les caisses dans les conditions prévues à l'article 4, §§ 4 et 7. Elle n'a alors qu'à émettre un avis qui ne lie pas les contractants; mais on en tiendra compte d'autant plus sûrement que c'est cette même commission qui sera appelée à interpréter ensuite les contrats.

En effet, et c'est là sa seconde mission, elle est chargée de prévenir et de régler les difficultés qui pourraient naître soit au sein d'un même service, soit entre les divers services, en particulier entre les syndicats professionnels et les caisses, à propos de l'application des conventions.

Elle a même le droit de prendre des sanctions, qui ne pourront être évidemment que des sanctions disciplinaires. La loi réserve aux parties le droit de faire appel des décisions de cette commission devant le Conseil supérieur des assurances sociales, dont nous avons antérieurement (chapitre I^{er} ci-dessus) indiqué le rôle juridictionnel.

SECTION III

LES SANCTIONS

Elles sont de deux ordres : les unes administratives, les autres correctionnelles.

Parmi les premières, nous avons déjà vu la suspension des prestations pour l'assuré qui se refuse aux examens médicaux et le remboursement des frais indûment engagés que peuvent poursuivre les caisses. Ces dernières ne manque-

ront pas, dans leur règlement, de stipuler, en outre, des pénalités contre les membres coupables d'infractions légères ne motivant pas le recours aux tribunaux de droit commun. Les syndicats médicaux feront de même à l'égard des praticiens. Prononcées, dans le premier cas, par la commission cantonale, ces peines le seront, dans le second, par le « conseil de famille » du syndicat médical, seul compétent en matière de contrôle technique, avec possibilité d'appel devant un conseil national de famille.

Les sanctions seront, par exemple, pour l'assuré, une reprimande, une remontrance, un avertissement, une suspension momentanée des prestations ou même l'exclusion de l'assurance.

De même, la Commission du droit syndicaliste de la Confédération des syndicats médicaux français recommande aux syndicats l'incorporation, dans leur statuts, des sanctions suivantes contre les médecins coupables d'infractions :

1° L'avertissement, avec ou sans communication à la caisse;

2° Le blâme;

3° L'amende de 100 à 5.000 francs;

4° L'exclusion temporaire pour une durée de un à six mois de la participation au traitement des malades d'une, de plusieurs ou de toutes les caisses de malades du département;

5° L'exclusion définitive de la participation au traitement des malades d'une, de plusieurs ou de toutes les caisses de malades du département (cette dernière sanction n'est applicable qu'en cas de récidive) (13).

(13) *Le Médecin de France*, sept. 1930, p. 703-704.

Quant aux peines correctionnelles, les juridictions répressives ordinaires sont compétentes pour les appliquer. En matière d'assurance-maladie, la loi édicte plusieurs dispositions particulières.

La première (art. 65, § 1^{er}) vise tous ceux qui, aussi bien assurés, employeurs, praticiens, que même personnes étrangères à l'assurance, se sont rendus coupables de fraude ou de fausses déclarations pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues. L'intention frauduleuse est exigée, mais, pourvu qu'elle existe, la tentative elle-même est punie. La peine et une amende de 16 à 500 francs.

La seconde a un champ d'application extrêmement large encore (14); elle ne vise pas l'assuré, mais punit « d'une amende de 100 à 200 francs et d'un emprisonnement de 6 jours à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, soit par menaces ou abus d'autorité, soit par offres, promesses d'argent, ristournes sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés ou à des caisses d'assurances, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les bénéficiaires de la présente loi dans une caisse d'assurances sociales, dans une clinique ou cabinet médical, dentaire, ou une officine de pharmacie.

» Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 1.000 francs » (15). Ainsi

(14) Art. 67, § 1 de la loi.

(15) L., art. 67, § 2.

le législateur, instruit de l'ingéniosité des fraudeurs par les exemples étrangers, s'efforce de sauvegarder le libre choix de l'assuré et réprime, par des peines considérables, les manœuvres qui pourraient l'entraver. Mais il faut précisément qu'il y ait des manœuvres. On ne saurait réprimer la simple et honnête publicité que pourrait, par exemple, faire une caisse ou un établissement de soins déterminé auprès des assurés.

Enfin la dernière disposition pénale dont nous ferons état a pour but de refréner la complaisance des praticiens à l'égard des assurés : « les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. » Sanction d'ordre disciplinaire, cette décision, étant donnée sa très grande répercussion sur la vie tout entière des praticiens, est cependant appliquée par le tribunal. Il peut du reste l'aggraver par des peines de droit commun; « s'ils sont coupables de collusions avec les assurés ils sont passibles en outre d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de 6 à 3 mois ou de l'une de ces deux peines seulement » (16). Et de même qu'à la fin de l'article 63, § 1, la loi ajoute « sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet ». Devant l'étonnement que suscitèrent ces mots, lors de la discussion au Sénat, le rapporteur s'est borné à déclarer qu'ils avaient été insérés à la demande du ministre de la Justice et il ajoutait : « Comme il n'y a pas d'autorité judiciaire plus grande, nous nous sommes inclinés. » Nous nous associons pleinement à cet hommage, et nous croyons même comprendre les raisons qui ont décidé le ministre à demander cette adjonction. Dans les fraudes

(16) L., art. 67, § 3.

commises à propos de l'assurance-maladie, il sera souvent possible de retrouver les éléments constitutifs d'autres délits, l'escroquerie par exemple. Rien n'empêchera dès lors les juges d'appliquer, si l'acte est d'une gravité particulière, les peines prévues par l'article 403 du Code pénal (1 an à 5 ans d'emprisonnement, 50 à 3.000 francs d'amende, interdiction pendant 5 à 10 ans des droits civils, civils et de famille). Sans la présence de ces mots, il aurait été permis de croire que la loi, dérogeant au Code pénal pour les délits commis en matière d'assurance sociale, les assortissait des seules sanctions par elle édictées.

SECTION IV

MESURES DESTINÉES A GARANTIR L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE-MALADIE

Des mesures spéciales ont été prévues, nous l'avons dit, pour assurer l'équilibre financier des caisses. Le législateur s'est, en effet, rendu compte que, même établis avec soin, les calculs sur lesquels reposent cet équilibre pourraient être démentis par l'expérience : soit que le fonctionnement général de l'ensemble des caisses se révèle plus ou moins onéreux qu'il n'a été prévu, soit qu'une ou plusieurs caisses se trouvent dans des conditions particulièrement heureuses ou défavorables, pour la totalité des risques ou pour un ou plusieurs risques déterminés. Ces dispositions gouvernent l'ensemble de l'institution des assurances sociales; mais il faut tout de même les signaler ici, car elles seront sans doute maintes fois mises en jeu à propos de l'assurance-maladie.

Tout d'abord le cas où les caisses auraient des excédents d'actif a été prévu :

Art. 33, § 1. Sur les excédents annuels de recettes afférents aux services de répartition seront effectués les prélèvements obligatoires ci-après : 1^o 20 p. 100 au profit du fonds de réserve générale propre à chaque caisse, jusqu'à ce que la valeur de ce fonds atteigne une somme égale au produit des cotisations de la dernière année inventoriée; 2^o 3 p. 100 au profit du fonds de majoration et de solidarité; 3^o 2 p. 100 au profit du fonds de garantie et de compensation.

2. Le solde peut être affecté, en tout ou en partie, à une augmentation temporaire des prestations de la caisse : tout d'abord à l'attribution de primes d'allaitement et de bons de lait aux femmes non assurées des assurés; sous réserve de l'application des dispositions du paragraphe 6 de l'article 4 (17), à une diminution du pourcentage mis à la charge des assurés pour les frais médicaux et pharmaceutiques et notamment pour la maternité (18); à une participation plus élevée aux frais médicaux et pharmaceutiques à prévoir en faveur des retraités par le fonds de majoration ou de solidarité; à des allocations supplémentaires pour ascendants ou enfants âgés de plus de 16 ans à charge de l'assuré, ou à la constitution de réserves propres à régulariser ces augmentations. Le solde susvisé, afférent aux services de répartition, peut, en outre, être employé, jusqu'à concurrence des trois quarts, à distribuer des ristournes aux cotisants.

4. Les caisses d'assurances peuvent également employer leur solde à créer ou développer des œuvres de maternité et d'enfance, des hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraite et autres institutions d'hygiène sociale et de prophylaxie générale.

(17) En effet, comme il importe que les caisses, favorablement impressionnées par un excédent d'actif qui pourrait n'être que passager et purement fortuit, n'aggravent pas imprudemment les charges que leur impose la loi, celle-ci les oblige à s'entourer, avant d'y procéder, de sages précautions :

« Art. 4, § 6. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurances pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable du conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés ou d'une partie d'entre eux aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 3. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage. »

(18) Comme ces faveurs constituent pour ainsi dire un luxe, la loi n'a pas voulu qu'elles puissent être consenties au préjudice d'autres caisses, en faisant appel à la réassurance : une caisse qui croit pouvoir se permettre de telles libéralités doit se suffire à elle-même. « Art. 4, § 12 : Les caisses d'assurances sociales ne peuvent faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses résultant de l'application d'un tarif de responsabilité supérieur à celui qui, compte tenu des tarifs syndicaux minima, sera arrêté par le ministre du Travail après avis du Conseil supérieur des assurances sociales.

Mais n'est-il pas à craindre que ces textes soient assez rarement appliqués, moins fréquemment peut-être que ceux qui s'efforcent de remédier à une insuffisance de ressources. Dans ces cas, les caisses seront forcées de ne pas tenir toutes les promesses de la loi, promesses dont l'article 33, § 8, al. 1, vient singulièrement atténuer la portée :

1. Les prestations de la présente loi sont garanties seulement dans la limite des ressources prévues par ladite loi.

Les caisses devront alors augmenter les cotisations ou diminuer les prestations : elles ne le feront cependant pas sans observer certaines formalités qui sont pour les assurés une garantie contre des mesures intempestives ou malhabiles qu'elles pourraient prendre :

Art. 33, § 8, 2. S'il est constaté, soit une insuffisance dépassant à la fois les possibilités financières des caisses d'assurances et celles du fonds de garantie et de compensation, soit un déficit du fonds de majoration et de solidarité provenant notamment d'une baisse du taux de capitalisation des versements destinés à l'assurance-vieillesse ou à l'assurance-invalidité, des décrets rendus en Conseil d'Etat, sur la proposition des ministres du Travail et des Finances et après avis du Conseil supérieur des assurances sociales, devront pour une durée déterminée :

a) En premier lieu réduire dans la limite d'un maximum de 20 p. 100 pour une ou plusieurs caisses ou pour l'ensemble des caisses le taux des prestations et rendre plus rigoureuses les conditions d'obtention afférentes à un ou plusieurs risques.

b) En second lieu, et s'il est nécessaire, augmenter jusqu'à concurrence d'un maximum d'un quart chacune des cotisations ouvrière et patronale prévues à l'article 2, avec affectation pour deux tiers à la garantie complémentaire d'un ou de plusieurs risques et pour un tiers à la mise en réserve au fonds de majoration et de solidarité des ressources ainsi obtenues.

Mais elles ne sauraient réclamer des subventions extraordinaires à l'Etat ou aux collectivités publiques, chose particulièrement heureuse, car on pouvait redouter que des charges importantes et nouvelles ne soient de cette façon encore imposées au pays :

9. L'exécution de la loi sur les assurances sociales ne devra, en aucun cas, imposer au budget général, ainsi qu'aux budgets des départements et des communes des charges supérieures à celles qui sont prévues dans la présente loi.

TROISIÈME PARTIE

APPRÉCIATION CRITIQUE DE L'ASSURANCE- MALADIE TELLE QU'ELLE A ÉTÉ INSTITUÉE PAR LES LOIS DU 5 AVRIL 1928, DU 5 AOUT 1929 ET DU 30 AVRIL 1930

Nous nous sommes, au cours des chapitres précédents, efforcé de faire une étude aussi objective que possible de la loi. Si nous avons parfois rappelé certains épisodes de son histoire ou certaines discussions de principe auxquelles elle a donné lieu, c'était pour permettre de mieux comprendre les solutions qu'elle a adoptées et les raisons qui les justifient. Parfois aussi nous avons signalé au passage, pour ne plus y revenir, tel point de détail qui nous paraissait malheureux ou d'application difficile.

Il s'agit maintenant, sinon de formuler un jugement, ce qui est impossible avant que la loi ait fonctionné depuis un certain temps, du moins de voir ce que l'on peut, instruit par l'expérience étrangère, espérer ou craindre, dès à présent, de son application et d'indiquer sur quels points elle s'avère incomplète, dangereuse même ou seulement imparfaite.

Bien entendu nous nous limiterons, autant que cela est possible, aux seules idées relatives à l'assurance-maladie,

ne pouvant faire ici longuement état des critiques adressées à l'ensemble du système.

Nous nous demanderons tout d'abord si une loi si longue et si compliquée ne va pas créer des difficultés de toutes sortes et provoquer des conflits à la faveur desquels les abus et les fraudes s'introduiront dans l'assurance-maladie. Nous essaierons ensuite de nous rendre compte si, même respectée de la manière la plus scrupuleuse, l'institution se présente comme viable et satisfaisante. Nous nous placerons successivement à deux points de vue.

Il importe d'abord, en effet, de voir si le résultat visé par le législateur sera facilement obtenu, ou si, au contraire, il ne sera pas compromis par le déséquilibre financier des caisses ainsi que par les importantes lacunes que présente la loi.

Après quoi, nous serons conduit à envisager sommairement l'attitude prise à son égard par les diverses personnes intéressées de près ou de loin à l'assurance-maladie : praticiens, patrons, salariés, agriculteurs, mutualistes et enfin l'opinion publique tout entière.

CHAPITRE PREMIER

LES DANGERS DE L'APPLICATION DE LA LOI

SECTION PREMIERE

LES DIFFICULTÉS

Les difficultés d'application de la loi seront nombreuses; ce point a été abondamment développé par tous les auteurs et tous les conférenciers qui ont voulu faire preuve de quelque impartialité et considérer les choses sous leur véritable aspect. Aussi ne nous attarderons-nous pas là-dessus, nous bornant à faire remarquer que l'assurance-maladie semble être, plus que toutes les autres, exposée à ces difficultés. Aux défauts du mécanisme général viennent s'ajouter ici, comme à plaisir, l'imprécision des termes, l'obscurité des explications, l'absence de détails sur des points d'un intérêt capital que les divers règlements laissent eux-mêmes dans l'ombre. On sent que le législateur, se trouvant sur un terrain particulièrement délicat, s'est efforcé de ne heurter de front aucun des intérêts en présence et qu'il a essayé de donner satisfaction à tout le monde par le texte qu'il a voté.

Mais il est à craindre qu'en voulant trop promettre, il n'ait préparé d'amères désillusions à ceux qui auront cru jouir un jour de tout ce que la loi leur faisait ou laissait espérer.

Ce n'est pas tout; alors même que les textes sont précis et susceptibles d'une seule interprétation, les formalités qu'ils exigent sont d'une complication infinie. Encore faut-il reconnaître que la loi de 1930 a introduit quelques simplifications (entente directe, qui supprime le régime du tiers payant; pourcentage de participation substitué aux tickets-modérateurs; et, dans un ordre d'idées plus général, remplacement du régime de proportionnalité directe par celui des classes de salaires). Que l'on songe cependant au régime de l'hospitalisation tout entier, à cette « assurance spéciale des femmes », dont nous n'avons fait qu'énoncer les principes, et, en général, à toutes les dispositions de conciliation avec les autres risques ou avec les lois sociales préexistantes, et l'on verra que l'application n'en est pas chose facile.

De tout cela, et d'un autre élément aussi, la divergence des intérêts des parties en présence (les assurés, les caisses et l'ensemble des praticiens) vont surgir de nombreux conflits.

Il a été prévu, nous l'avons dit, différentes juridictions dont la compétence est plus ou moins étendue, et qui sont composées de représentants des intéressés. Si leurs membres sont convenablement recrutés, elles présenteront à peu près toutes les garanties désirables. Mais le législateur semble avoir craint lui-même qu'elles ne s'affranchissent pas toujours des lenteurs de la procédure; et il a dû préciser qu'on ne fera pas attendre au malade qu'il soit définitivement statué sur son cas pour lui fournir les secours dont il a besoin (1).

Mais là ne s'arrêtent pas les inconvénients inhérents à l'application de la loi.

(1) Art. 26, § 2, Décr. 23 juill. 1930

SECTION II

LES ABUS ET LA FRAUDE

Les assurés et les praticiens ne seront pas toujours les innocentes victimes d'un texte mal rédigé par endroits. S'il faut être optimiste, maintenant surtout que l'assurance-maladie est installée chez nous, il ne faut pourtant pas être aveugle.

L'expérience de certaines lois françaises, analogues à celle qui nous occupe, a montré que les abus étaient fréquents. Il suffit de signaler ceux qui se sont déjà commis en matière d'accidents du travail, où la simulation est pourtant plus difficile, et de se rappeler certains cas typiques provoqués par le fonctionnement de la loi de 1915 sur les soins donnés aux victimes de la guerre ⁽²⁾ pour avoir une idée de ce qui pourra se passer dans l'assurance sociale.

Mais il est plus édifiant encore de considérer l'assurance-maladie dans un pays voisin, l'Allemagne. Si son exemple est toujours cité en cette matière, c'est parce qu'on ne trouve guère que là une institution se rapprochant vraiment de la nôtre, avec des conditions de vie analogues.

Nous ne discuterons pas en détail les résultats obtenus : cela nous entraînerait trop loin. Il y a cependant quelques faits incontestés de tous ceux qui n'ont pas un intérêt trop évident à les nier : ainsi cette fameuse enquête de vérification faite en 1926 par la Fédération des caisses maladie allemandes, qui, sur 1.259.016 prétendus malades adhé-

(2) C'est ainsi que dans les Bouches-du-Rhône, un contrôle particulièrement attentif a fait passer les dépenses provoquées par cette loi de 1.848.695 en 1922 à 700.000 francs en 1927 pour les frais médicaux, et de 5.258.464 en 1922 à 1 million en 1926 pour les fournitures pharmaceutiques.

rents à 778 caisses (qui groupaient au total environ 8 millions de membres), révéla que 56,5 p. 100 pouvaient travailler immédiatement ⁽³⁾; ainsi ce coefficient énorme de morbidité générale des assurés (50 p. 100) et la longueur exceptionnelle des maladies (un mois en moyenne), proportions 4 à 5 fois plus fortes que chez les non-assurés.

La conséquence bien naturelle est que les assurances reviennent très cher et que, malgré cela, les médecins sont très mal payés. Ceux-ci, pour vivre, doivent visiter un nombre considérable de malades, donc les mal soigner; ils perdent le goût de leur profession, parfois même leur honnêteté, et le recrutement médical baisse de niveau. A tel point qu'un assureur américain pouvait, en observateur désintéressé, faire la remarque suivante sans être sérieusement contredit : « L'assurance obligatoire n'a su ni diminuer la morbidité, ni améliorer la santé publique... La situation des médecins allemands ne s'est pas améliorée, au contraire, leur valeur morale a nettement baissé. La morbidité des salariés allemands n'a pas diminué. Le système a amené un affaissement de la morale sociale et personnelle, il a favorisé la fraude, le mécontentement et l'hypocrisie. » ⁽⁴⁾. « Et pourtant il faut observer que nous nous trouvons en Allemagne, dans un pays particulièrement réputé pour le soin qu'il met à organiser toutes choses, dans un pays où l'autorité est acceptée aisément en raison de la discipline qui a toujours été imposée sans difficulté ni révolte. Que sera-ce en France, où les habitudes d'indépendance et de fronde sont la règle et où l'on se fait un malin plaisir d'enfreindre les règlements? »

(3) Lick, *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne*, p. 46.

(4) M. Hoffmann, *Journ. of Amer. Assoc.*, 1^{er} févr. 1919, cité par le docteur Specklin, *Journal de médecine de Bordeaux*, 23 déc. 1928.

Cette impression nous est également donnée par les médecins d'Alsace et de Lorraine, où est en vigueur un régime identique : la même atmosphère de fraude, de démoralisation, le même mépris pour les médecins, la même exploitation systématique des caisses y règnent ⁽³⁾.

Une garantie nous est, il est vrai, donnée par diverses mesures, inconnues jusqu'à présent en Allemagne, qui modéreront le zèle intempestif que certains assurés pourraient mettre à se faire soigner ou indemniser. Notre délai de carence est plus long (cinq jours au lieu de trois); un pourcentage des frais qu'il engage est laissé à la charge du malade; le paiement du praticien, que doit effectuer l'assuré lui-même, s'il gêne parfois les gens qui ont peu de disponibilités; a du moins l'avantage de faire hésiter avant d'engager des frais qui ne seront remboursés qu'au bout d'un temps assez long peut-être. Malheureusement, il est à craindre que ces diverses restrictions ne préjudicient aux véritables malades nécessaires plus qu'elles n'entraveront les fraudeurs, habiles à les éluder.

Il y a, du reste, des degrés dans l'usage inopportun de l'assurance. Tout d'abord la fraude voulue réfléchie, à laquelle on est arrivé par des manœuvres plus ou moins savamment combinées. Tel est le cas, par exemple, du simulateur qui feint une maladie pour se reposer aux frais de la caisse, ou encore de l'éleveur qui se fait délivrer de l'huile de foie de morue pour engraisser ses porcs, ou du matelassier qui emploie, pour confectionner des couvre-pieds, le coton hydrophile qu'il demande à l'assurance.

C'est la conduite la plus coupable; c'est aussi la moins fréquente. Elle demande en effet une dose de malhonnêteté

(3) Specklin, *loc. cit.*

peu commune; de plus, il est relativement facile de découvrir la fraude et de lui appliquer les sanctions qu'elle mérite. Enfin, elle ne peut se commettre qu'avec la complicité ou grâce à une grave négligence du praticien, et il faut dire, au plus grand honneur du corps médical, qu'il ne comporte que de bien rares individualités capables de se prêter à un tel trafic.

Viennent ensuite de simples abus : l'assuré, sans frauder à proprement parler, ne se comporte pas vis-à-vis des finances de la caisse en *bon père de famille*, comme ferait un individu de condition moyenne qui paierait personnellement et intégralement les prestations dont il jouit. Pour le moindre malaise, il court chez le médecin, parce qu'il entend faire remonter le plus haut possible l'origine d'une maladie qui pourrait survenir, afin de ne pas supporter un trop long délai de carence. Il profite aussi largement qu'il le peut de tous les repos qu'il arrive à se faire prescrire par le praticien; il n'hésite pas à se faire délivrer une ordonnance pour être remboursé du prix de la fiole de teinture d'iode dont il croit avoir besoin ou du vin fortifiant qui flatte sa gourmandise. Il cherche à se faire donner des soins ou des appareils de prothèse dentaires, auxquels il n'aurait jamais songé sans l'assurance. En un mot, s'il paie et si l'on paie pour lui des cotisations qu'il trouve lourdes, il entend en profiter le plus largement possible : il faut que l'assurance lui rapporte au moins autant qu'elle coûte. Cet état d'esprit est beaucoup plus répandu que celui de fraude délibérée; il est presque général dans la classe ouvrière, et c'est le plus grand facteur de déséquilibre des caisses d'assurances. Enfin, comme le malade semble rester dans la limite du fonctionnement normal de la loi, il est très difficile de réprimer l'abus qu'il en fait. Le praticien le plus

conscientieux lui-même est désarmé devant de tels individus et doit, bien qu'à contre-cœur, se prêter à leurs agissements.

De plus, ces sentiments que l'assuré nourrit consciemment ont, paraît-il, dans les pays d'assurance, une conséquence subconsciente, presque physiologique, qui augmente singulièrement la morbidité : « Qu'on l'appelle *névrose de l'assurance* ou qu'on parle de *paralysie de la volonté de guérir* et de *culture de la maladie*, ce phénomène a la valeur d'une loi. C'est la loi du tiers payant en matière d'accident et de maladie qui suscite les sensations douloureuses les plus variées, inconnues en dehors de l'assurance, qui retarde le rétablissement fonctionnel, qui fait traîner les convalescences. Bircher, un médecin suisse, a établi qu'une fracture de la jambe chez un malade non assuré guérit en six semaines; chez un assuré social en trois mois; chez un Italien assuré, dit-il, elle ne guérit jamais. » (6). Et le docteur Liek, après avoir cité des faits semblables, conclut en ces termes : « Nous voyons immédiatement et sans exception la tendance à la guérison décroître rapidement et le temps nécessaire à la guérison s'accroître dès l'instant où un être libre fait partie d'une caisse-maladie. La suppression des assurances a un effet inverse indubitable; elle favorise le retour à la santé. Après ce que je viens de dire, cela se comprend sans autres développements.

» D'ailleurs, on ne va pas mal me comprendre. Je suis le dernier à ne pas souhaiter le rétablissement d'un malade, d'un blessé, après les souffrances qu'il a endurées. Mais une loi biologique incontestable a fait de la reprise de la fonction aussi rapidement que possible le meilleur

(6) Docteur Specklin, Conférence n° 412 du Comité national d'Etudes, 1930, p. 40.

des traitements consécutifs. En insistant pour obtenir un retour prochain à l'activité, le médecin agit en vue du complet rétablissement de son malade. » (7).

Ces divers excès font rapidement augmenter — et dans des proportions considérables — le taux des cotisations, tandis que baisse la rémunération des médecins et le pourcentage remboursé aux assurés.

Quels remèdes a-t-on envisagés à une telle situation ? On a d'abord prononcé de grands mots, on a parlé d' « éducation des masses » et de « développement, dans le prolétariat, du sens de la solidarité, mais cela, seul, n'est pas bien rassurant pour les finances des caisses. On a ensuite remarqué les avantages de la mutualité, où l'honnêteté des assurés est presque la règle, et l'on a préconisé l'application d'un système mutualiste général et obligatoire. Ce faisant, on n'oubliait qu'une chose, c'est que la mutualité donne de bons résultats parce qu'elle s'adresse exclusivement à une élite : le jour où l'on y introduira tous les salariés, son niveau moral baissera et se rapprochera de celui des caisses ordinaires d'assurance.

On a aussi incriminé le libre choix du praticien, qui permet, dit-on, aux assurés, de rechercher les médecins les plus complaisants, ceux qui se prêtent le mieux à leurs indécidités. Nous avons vu cependant que la restriction dans le choix du médecin présentait aussi, et de ce même point de vue, de grands dangers. Du reste, il ne semble pas que le péril vienne, à l'heure actuelle, dans notre pays, du côté des médecins. Ils présentent presque toutes les garanties désirables et les organisations professionnelles se montrent particulièrement sévères à l'égard des quelques « bre-

(7) Liek, *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne*, p. 41.

bis galeuses » qui pourraient exister dans le troupeau. Que si, du reste, les praticiens craignaient de se voir demain insuffisamment garantis par leurs syndicats contre l'invasion possible de nouveaux confrères malhonnêtes, pourquoi ne songeraient-ils pas à créer une organisation plus générale, s'imposant à tous ceux qui veulent exercer régulièrement la profession. On a parlé de fonder un « Ordre des Médecins » (8) à l'exemple de l'Ordre des Avocats; l'idée est séduisante et, sous réserve de l'adaptation qu'exige la différence des professions, paraît fort bien réalisable.

Cependant, c'est plutôt du côté des assurés qu'il faut chercher à limiter les abus. Les sanctions pénales sont d'application difficile, elles ne frappent que les actes les plus malhonnêtes, et il est permis de se demander jusqu'à quel point s'étend leur rôle d'intimidation.

Mieux vaut peut-être s'adresser au seul sentiment — pas très noble, hélas! — qui agisse sur tout le monde : l'intérêt. C'est ainsi que l'on a eu l'idée d'intéresser l'individu à ne pas dépenser avec excès. On a proposé de laisser dans les maladies bénignes, les plus susceptibles de fraude, une part plus lourde des soins à la charge des assurés. D'autres ont dit qu'à la fin de chaque exercice, la caisse pourrait verser une ristourne à ceux qui auraient le moins usé des prestations (9). On a de même imaginé de baser sur la capitalisation l'assurance-maladie, au lieu de l'établir sur le principe de la répartition : l'assuré se constituerait une

(8) Pour tout ce qui concerne l'Ordre des médecins, nous nous contentons de renvoyer à J. Bonneau, *Le droit disciplinaire dans la profession médicale*, Paris, 1930. Cf. aussi docteur Balthazar, Conférence au Comité national d'études, n° 412.

(9) Docteur Duchesne, *Concours médical*, 13 avril 1930, p. 1188, et 11 mai 1930, p. 1339.

réserve personnelle à laquelle il ferait appel en cas de maladie ⁽¹⁰⁾.

Aucun de ces systèmes n'est parfait : ou ils risquent d'empêcher l'assuré de se soigner à temps, ou bien ils s'attaquent à la mutualité qui doit être à la base de toute assurance pour permettre de compenser, avec la cotisation inutilisée par les uns, les prélèvements causés par la maladie des autres.

Cependant, il y a, croyons-nous, des points à retenir, et nous signalerons en terminant quelques mesures qui nous paraissent susceptibles d'améliorer le fonctionnement de l'assurance-maladie.

(10) Docteur Specklin, Conférence au Comité national d'études, n° 412, 20 janv. 1930.

CHAPITRE II

LES DEFAUTS DE L'ASSURANCE-MALADIE

Nous avons vu quelques-uns des inconvénients que pouvait entraîner une mauvaise application de la loi. Mais supposons un instant que le fonctionnement en soit satisfaisant, qu'aucune infraction ne soit commise et que l'entente soit générale entre tous les intéressés, la loi sera-t-elle parfaite?

Nous ne le croyons pas. Son équilibre financier d'abord sera difficile à réaliser. Pour ne pas faire faillite, l'assurance-maladie devra réduire les prestations promises : nous le montrerons dans une première section.

Ensuite, au point de vue social même, elle présente certaines imperfections, que nous signalerons dans une seconde section.

Enfin, comment n'être pas surpris qu'une loi, que l'on a voulu faire *plus complète qu'aucune autre au monde*, consacre à la question de la prévention, la plus importante peut-être que soulève la lutte contre la maladie, deux tout petits paragraphes seulement, qui encore n'édicte que des mesures purement facultatives. C'est cette lacune que nous entendons faire ressortir dans la dernière section du chapitre.

SECTION PREMIERE

LE DÉSÉQUILIBRE FINANCIER

Lorsqu'on envisage les prestations promises par la loi à l'assuré malade, on a l'impression qu'il est difficile de lui offrir plus généreusement des secours, et la part du salaire prélevée pour cela ne paraît pas dépasser ses moyens.

Aussi bien s'est-il trouvé des gens pour dire qu'on avait eu en vue seulement ce qu'il était raisonnable de demander et de donner, sans trop se préoccuper de voir si les dépenses et les recettes s'équilibreraient. Ce n'était là, bien sûr, qu'une boutade, mais comment ne pas voir que notre législateur a été bien optimiste, optimiste jusqu'à l'imprudence ?

Nous acceptons sans discuter la ventilation globale généralement proposée qui donne à l'assurance-maladie 2,83 du salaire de base. (Remarquons en passant qu'en Allemagne, où la rémunération des médecins est quatre ou cinq fois inférieure à ce qu'elle est chez nous, la part attribuée à l'assurance-maladie est de 6 p. 100 environ du salaire.)

Pour l'assuré moyen, dont le salaire journalier est, paraît-il de 20 francs environ, le versement annuel effectué à l'assurance-maladie est de 160 francs.

C'est donc avec cette somme, augmentée, il est vrai, de quelques contributions de l'Etat, qu'il faudra payer les soins médicaux, pharmaceutiques, dentaires et autres reçus par l'assuré et sa famille pendant l'année et les indemnités pour le temps où il aura été arrêté dans son travail. En calculant d'après les chiffres moyens des mutualités, l'équilibre apparaît déjà bien fragile. Mais combien de journées d'hospitalisation à 30 francs, quelle part surtout des hono-

raires chirurgicaux, qui se chiffrent par centaines et parfois par milliers de francs, la caisse pourra-t-elle prendre à sa charge?

Peu à peu les yeux se sont ouverts. Prudemment, en 1930, on introduisit dans la loi un alinéa ⁽¹⁾ qui réduit, tant que la maladie n'exige pas un traitement spécial, le remboursement des frais fait à l'assuré « à 50 p. 100 au maximum de la moyenne journalière générale des salaires de base ayant l'année précédente donné lieu dans chaque caisse à cotisation ». Nous avons plus haut critiqué cette disposition.

Mais voici que les caisses se dérobent encore davantage, et les tarifs annexés aux conventions passées par elles avec les syndicats réduisent singulièrement la part de responsabilité qu'elles prendront, en particulier en matière de chirurgie et d'hospitalisation. Dans certains cas, les 85 p. 100 du tarif de responsabilité garanti par les caisses correspondent à peine à la moitié des sommes que l'assuré devra réellement verser.

Que deviendront alors les cotisants? Tous seront mécontents et se croiront lésés en ne recevant qu'une portion infime de ce qu'on leur avait promis. Mais beaucoup de personnes, qui auraient pu très bien supporter les 15 ou 20 p. 100 laissés originairement à leur compte, seront incapables d'assumer une charge trois à quatre fois plus forte. On verra s'instaurer alors pour elles un régime hybride : la caisse paiera ce qu'elle pourra; quant au surplus, elles demeureront, comme avant, à la charge de l'assistance publique.

Les économies importantes que l'on espérait faire sur

(1) Art. 4, § 5, al. 2.

ce chapitre du budget se réduiront singulièrement. En effet, l'assuré, ayant cotisé, tiendra à être ensuite déchargé de tous frais, alors que peut-être, auparavant, il n'aurait pas voulu être admis par pure charité et se serait efforcé de contribuer à son traitement.

Mais la conséquence la plus pénible de ce mécompte, c'est que nous voyons l'aide de l'assurance d'autant plus chichement accordée que l'état du malade opéré ou hospitalisé est plus grave et que sa situation matérielle est plus compromise.

Cependant, puisque des raisons financières obligent à limiter les prestations, puisque l'assurance doit jeter du lest et que quelqu'un doit être sacrifié, ne vaudrait-il pas mieux venir plus sérieusement au secours de celui dont l'état est grave et moins s'occuper de celui qui, légèrement atteint, pourrait, encore seul, subvenir à ses besoins? « Si un homme a de l'eau jusqu'aux chevilles, laissons-le se tirer d'affaire tout seul; s'il a de l'eau jusqu'aux genoux, tendons-lui la main; s'il en a jusqu'au cou, faisons tout pour le sauver. » (2).

SECTION II

LE POINT DE VUE SOCIAL

Il faut, disons-nous, que l'assurance vienne d'abord au secours de ceux qui ne peuvent pas facilement se tirer d'affaire sans elle. Et, à ce titre, nous regrettons que la famille nombreuse, qui est la plus atteinte par la maladie de son chef, ne soit pas tout particulièrement protégée.

(2) Comité national d'études, Conférence de M. Gillet, 13 janv. 1930, n° 401.

On a bien fait quelque chose en sa faveur, puisqu'on a réduit de deux jours le délai de carence, puisque l'indemnité journalière est accrue de 1 franc par jour et par enfant à charge de l'assuré et qu'elle est moins réduite en cas d'hospitalisation. Toutes ces mesures sont bonnes, elles ne sont pourtant pas suffisantes. C'est qu'en effet, plus la famille est nombreuse, moins le salarié a pu faire d'économies en temps normal, moins donc il a de ressources le jour où la maladie l'arrête.

L'intérêt bien compris des caisses est de prendre des mesures appropriées à cette situation, sinon les enfants, mal soignés, seront plus sujets à la maladie et tomberont alors à leur charge. Mais elles doivent le faire surtout parce qu'elles participent à une œuvre sociale, non à une entreprise commerciale, et qu'il faut, pour assurer la prospérité générale, permettre à la famille, base de la société, de vivre dans les meilleures conditions possibles.

A l'inverse, la loi paraît avoir trop sacrifié à certains assurés — les très petits salariés — ceux qui touchent une rémunération plus élevée. Alors que la part de la cotisation réservée à la maladie passe, suivant les classes, de 50 à 338 francs, tous les assurés jouissent des mêmes prestations en nature, auxquelles plus des trois cinquièmes de cette cotisation sont affectés. N'est-il pas quelque peu décourageant pour les salariés sérieux, qui touchent normalement 10.000 francs et plus, de contribuer dans une mesure aussi large aux soins donnés aux salariés inférieurs?

Peut-être vaudrait-il mieux se départir sur ce point d'une solidarité excessive et, en remboursant à ces derniers une part moindre du prix des dépenses qu'ils ont engagées, alléger la cotisation des autres, ou même les mieux traiter.

C'est qu'en effet l'assuré titulaire d'un salaire infime n'est

pas toujours aussi intéressant qu'on pourrait le croire : ce peut être un individu qui tire d'ailleurs des ressources plus considérables; alors il peut payer un peu plus, puisqu'il cotise moins; d'autres fois, c'est un ouvrier qui ne travaille que par intermittence. Si, au contraire, il se trouve dans ce cas des personnes dignes d'être particulièrement aidées, ne serait-il pas possible de laisser à la charge de l'Assistance publique, entretenue par la collectivité tout entière, le supplément d'indemnité, plutôt que de le faire supporter aux seuls salariés, de condition un peu supérieure, c'est vrai, mais qui sont néanmoins encore des individus économiquement faibles?

De même, afin de proportionner davantage les versements et les prestations aux ressources des assurés, pourquoi ne pas instituer une classe supérieure et diviser en deux la sphère des salariés, qui s'étend actuellement de 9.000 à 25.000 francs? L'assuré trouverait ainsi des avantages plus conformes à son genre normal de vie, et l'assurance n'aurait qu'à gagner du fait de l'introduction de risques meilleurs.

Enfin, il est regrettable que l'assurance facultative n'accueille pas plus largement l'ancien assuré obligatoire. Habitué à un régime de prévoyance qui lui procurait, sans qu'il eût à s'en occuper aucunement, d'appréciables secours en cas de maladie, saura-t-il, du jour où son salaire sera de 4.000 francs plus élevé, mettre en réserve les sommes nécessaires à se procurer des soins, et n'aurait-il pas été bon de lui ménager une plus large transition?

Mais le plus grave reproche que la loi ait encouru, c'est de n'avoir pas fait une place assez large à la prévention des maladies.

SECTION III

LA PRÉVENTION

Si, en effet, l'état sanitaire des pays qui ont adopté l'assurance-maladie est généralement plus satisfaisant que le nôtre, cela tient plus aux œuvres de prévention qui y ont été instituées qu'à la facilité donnée aux assurés de se faire soigner lorsqu'ils sont malades. Les caisses allemandes, par exemple, ont créé de nombreux sanatoria; certaines ont institué des examens médicaux périodiques, des centres de consultations. Elles ne reculent pas devant l'emploi de moyens coûteux pour faire l'éducation sanitaire populaire : tel ce journal *Santé* tirant à 500.000 exemplaires, édité par la Fédération des caisses-maladie allemandes. Ces mesures, jointes à une meilleure politique du logement et de l'hygiène publique, ont fait baisser d'une manière considérable la mortalité (voisine de 250 pour 10.000 habitants en 1880, elle atteint en 1927, 118 en Allemagne). Et ce qui prouve bien l'importance prédominante de ces facteurs, c'est qu'aux Etats-Unis, où il n'existe pas d'assurance sociale, mais où l'on a poussé plus loin que partout ailleurs l'éducation, la prévention et l'outillage de l'hygiène, on a obtenu, d'après les statistiques, des résultats encore meilleurs.

Malheureusement, dans le sens de la prévention, notre loi est particulièrement insuffisante.

Nous avons dit quelques mots, au cours de l'étude des prestations en nature, des paragraphes 9 et 11 de l'article 4.

Le premier permet d'attribuer des indemnités spéciales à l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui

est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail. Mais n'est-il pas à craindre que ces indemnités soient versées d'autant plus chichement que les caisses seront moins riches et que la maladie paraîtra moins aiguë?

D'autre part, il ne suffit pas de rembourser quelques remèdes ou quelques consultations médicales; il faudrait faciliter des traitements, des cures de repos dans des stations climatiques ou thermales, et ces soins demandent la cessation du travail.

Une disposition plus facile à introduire, parce que moins coûteuse, et cependant d'une grande efficacité, serait l'examen médical périodique et obligatoire. En effet, si l'assuré va assez volontiers chez le médecin avec le désir de se faire accorder quelques jours de repos payé, les membres de sa famille, qui ne sauraient espérer un avantage analogue, s'en abstiennent tant qu'une maladie sérieuse ne les y force pas. Nous avons critiqué à ce propos l'insuffisance de l'article 4, § 11, qui offre à l'assuré une consultation facultative tous les cinq ans. Le législateur aurait dû s'inspirer des principes suivant lesquels il a rédigé l'article 9, § 6, relatif à la maternité : On pourrait rendre obligatoire un examen médical annuel, effectué, du reste, par le médecin du choix de l'assuré, et sanctionner cette disposition par la suppression plus ou moins complète des prestations à l'individu qui aurait laissé s'aggraver, par son abstention, un état morbide latent (3).

(3) Un « Institut pour la prolongation de la vie », créé à New-York, a exclusivement pour but de procéder à l'examen médical plus ou moins approfondi des personnes qui le désirent. Malgré leur prix relativement élevé, 160.000 examens y sont pratiqués chaque année. Les résultats obtenus sont si satisfaisants que les compagnies d'assurance sur la vie ont considéré qu'il était de leur intérêt de permettre à leurs assurés de subir un examen médical annuel devant les praticiens de cet Institut, et elles en paient elles-mêmes les frais (Conférence du docteur Fisk au Comité national d'études, 22 oct. 1929, n° 404).

L'idée d'établir des visiteurs et des dames visiteuses, appliquée par la loi, peut être, elle aussi, féconde en résultats. Mais il faudrait un personnel nombreux, permettant une collaboration constante avec les familles assurées. De plus, pour qu'elles exercent une influence profonde et gagnent la confiance, il vaudrait mieux que ces personnes ne remplissent qu'une mission de conseiller charitable et ne jouent pas en même temps un rôle de surveillant, bien propre à mettre les assurés en défiance et à gêner leur action.

Enfin, pour améliorer la santé publique et permettre de donner les soins que promet l'assurance, il faut créer de nombreux établissements et améliorer notre outillage sanitaire. Pour mener à bien seulement la lutte contre la tuberculose, le professeur Bernard avouait que 40.000 lits seraient nécessaires : or nous n'en possédons que 17.000; et le reste à l'avenant.

Il est bien certain que l'on ne trouvera pas, en un jour, les millions indispensables pour doter notre pays des hôpitaux, sanatoria, préventoria, dispensaires, maisons de convalescence, instituts de prophylaxie, etc., nécessaires. Les caisses d'assurances seraient cependant, comme elles l'ont été à l'étranger, toutes désignées pour prendre une part très active à leur installation. La loi aurait dû les orienter plus nettement dans ce sens. Elle dit bien qu'elles pourront employer leurs excédents de recettes au développement et à la création d'établissements de soins, mais presque accessoirement, comme elle leur suggère d'accorder des ristournes ou des majorations de prestations aux assurés (4). De même, les caisses ont la faculté d'employer leurs

(4) L., art. 33, § 4.

disponibilités, et seulement jusqu'à concurrence de moitié, à acquérir des immeubles pour en faire des établissements hospitaliers, aussi bien qu'à faire des prêts aux collectivités publiques ou des placements en valeurs diverses ⁽³⁾.

Mais que peut-on attendre d'une pure faculté d'employer des excédents très problématiques?

Pour faire œuvre utile, il aurait fallu introduire des dispositions obligatoires forçant les caisses à utiliser, dans un but essentiellement sanitaire, une partie de leurs excédents, et surtout à prélever, dans le même but, un pourcentage déterminé de leurs recettes.

On pourrait ainsi, quelle que fût leur situation financière, compter qu'elles contribueraient efficacement à la lutte contre la maladie. Que si, du reste, une telle mesure devait obliger à réduire un peu les prestations accordées à l'assuré qui exploite une légère indisposition pour *profiter* de ses versements, il n'y aurait pas trop à le regretter, et les caisses n'auraient pas, pour autant, failli à leur mission.

Et puis il faudrait aussi mettre un peu plus d'harmonie entre nos lois sanitaires et sociales. Car le meilleur moyen de limiter la maladie n'est pas de soigner ceux qui sont malades ou menacés de l'être, c'est de supprimer ses causes par des mesures d'hygiène suffisantes; et, de ce côté, n'avons-nous pas beaucoup à nous reprocher?

On ne devrait pas pouvoir dire, comme le docteur Specklin aux Journées médicales de Bordeaux : « Si je me déclare... partisan de l'assurance, c'est que la carence totale de l'Etat, dans tout le domaine de l'hygiène publique, nous impose un sacrifice, fût-il plus coûteux encore, pour diminuer notre mortalité. Faute de combattre efficacement

(3) L., art. 31, § 1, 2°, d).

le taudis et l'alcoolisme, faute de surveiller les égouts et les eaux potables, faute d'agir contre la dépopulation des campagnes favorisée par les lois sur l'héritage, l'Etat crée cet énorme et dispendieux appareil d'assurance-maladie pour soigner les tuberculeux et les typhiques, victimes de son incurie; car c'est bien pour s'éviter un petit effort d'hygiène publique, qui est vraiment sa fonction, que l'Etat impose aux classes productrices cet organisme gaspilleur et écrasant, dont le principal avantage est d'être conforme aux tendances socialisantes de l'époque; et de faire partie du programme des organisations qui inspirent et dirigent la politique chez nous. » (6).

Appréciation trop sévère, injuste même tant à l'égard du rôle joué par l'Etat en matière d'hygiène que des assurances elles-mêmes, mais qui fait bien ressortir le manque d'équilibre qui existe dans notre législation.

En réalité, l'idée de l'assurance-maladie est bonne, bons aussi les grands principes qui sont à sa base, bonnes souvent même les modalités d'application. Nous voulons seulement dire : Le péril de l'assurance est que ses finances soient déséquilibrées par le trop grand nombre des malades qu'elle aura à soigner. Efforçons-nous donc de réduire leur nombre par d'autres moyens, et l'assurance sera vraiment efficace et suffisante pour bien soigner ceux qui resteront.

(6) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 déc. 1928.

CHAPITRE III

L'ASSURANCE-MALADIE ET L'OPINION

Une réforme de l'importance des assurances sociales ne peut laisser l'opinion indifférente. Les avis sont extrêmement variables suivant les catégories de personnes envisagées, et il est surtout difficile de distinguer dans les appréciations la part relative à l'assurance-maladie, car c'est l'ensemble de la loi que l'on met en cause et que l'on juge.

Seuls, en effet, les praticiens ont leur intérêt direct strictement limité à la branche maladie, et c'est elle qui retient particulièrement leur attention. Aussi nous compléterons d'abord ici ce que nous avons été amené à dire de leur attitude au cours des chapitres précédents.

Nous chercherons ensuite à savoir ce que les bénéficiaires eux-mêmes pensent du bienfait que la loi vient de leur accorder. Nous verrons, après, l'opinion de ceux qui ne profitent pas de l'assurance, mais doivent lui apporter leur concours financier : les employeurs. Puis nous ferons rapidement état des doléances des agriculteurs et des mutualistes et nous terminerons en indiquant quelle parut être au sujet de la loi « l'opinion publique ».

§ 1. — Les praticiens.

Nous avons signalé l'émotion soulevée par le premier projet d'assurances sociales déposé à la Chambre en 1924. Il est de fait qu'il ne tenait guère compte des règles de la

pratique médicale actuelle et de la liberté des médecins. Ceux-ci, réunis en congrès en 1927, rédigèrent la fameuse résolution que l'on a appelée depuis la *Charte de la profession* ou l'*Ultimatum du corps médical*. Ils se refusaient, en effet, à collaborer à la loi tant que satisfaction ne leur serait point donnée, et il était difficile de vouloir appliquer l'assurance-maladie sans la collaboration des médecins.

Aussi voyons-nous peu à peu le législateur accéder à chacune des demandes du Corps médical. Tout d'abord le respect du secret professionnel, le droit aux honoraires pour tous les soins donnés, même à l'hôpital, le contrôle des médecins par leurs syndicats furent concédés par la loi du 5 avril 1928. Le décret du 30 mars 1929 accentuait encore dans le sens favorable aux praticiens. Quant à la loi du 30 avril 1930, elle leur apporte, peut-on dire, presque entière satisfaction. Le libre choix est consacré de la manière la plus absolue, le droit à l'entente directe avec le malade est reconnu et la représentation médicale dans les commissions techniques est accrue. Quant à la liberté des prescriptions, elle est donnée dans des conditions assez larges, suffisantes pour permettre d'exercer convenablement la médecine.

Aussi, fidèles à leur promesse, les médecins se montrent prêts à collaborer à l'application des assurances sociales, témoin la déclaration suivante :

« La Confédération des syndicats médicaux français, réunie en assemblée générale extraordinaire le 27 juillet 1930, après examen de la loi du 30 avril 1930, du règlement d'administration publique et des conventions-type syndicats-caisses et caisses-établissements hospitaliers :

» Regrettant de ne pas voir réaliser de façon plus complète certains des desiderata essentiels énumérés dans la *Charte du corps médical* en face des lois sociales,

» Mais désireuse de permettre l'expérience loyale du fonctionnement d'une loi sociale de cette importance, décide de collaborer « à titre d'essai » au fonctionnement de ladite loi.

» A titre d'essai, c'est-à-dire sous réserve que les principes essentiels du libre choix, de l'entente directe, de l'habilitation, etc., ne seront pas, en fait, rendus caducs ou inopérants, et que les desiderata émis par l'assemblée concernant les garanties d'hospitalisation figureront dans le rapport annexé à la convention-hospitalisation. »

Il y a, comme on le voit, quelques réserves, mais elles visent surtout l'application de la loi. Son texte même peut être, à bon droit, considéré à peu près comme satisfaisant pour eux ⁽¹⁾; il faut espérer que la collaboration « à titre d'essai » deviendra définitive. Et ne fût-ce que pour sauvegarder les principes essentiels énoncés plus haut, les syndicats de praticiens auront intérêt à contracter avec les caisses plutôt que de prendre une attitude hostile.

De plus, ils y gagneront de pouvoir contrôler et discipliner la profession. Enfin, ils pourront, par la convention, régulariser les honoraires médicaux et éviter l'action déloyale de confrères « rabaisiens », qui, pour accroître illégalement leur clientèle, ne réclameraient aux assurés que la part d'honoraires remboursée par la caisse.

Quelle sera, en définitive, la répercussion de l'assurance-

(1) « Certes, sur les points essentiels, il semble bien que la loi, le règlement d'administration publique et le texte même des conventions-type nous donnent certains apaisements.

» Mais si, sur quelques points, le législateur fait confiance au corps médical organisé, il nous est bien permis de regretter que ce geste de confiance n'ait pas été plus spontané et plus large. Les garanties obtenues par nous semblent sur beaucoup de points nous avoir été données avec quelquefois — il nous serait permis de le supposer — l'arrière-pensée de les rendre, en certaines circonstances, inopérantes. » (Docteur Cibré, *Journ. des assurances sociales*, août-sept. 1930, p. 21.

maladie sur le corps médical? On aboutira certainement à une multiplication des actes médicaux, due à l'usage d'autant plus considérable que les assurés feront du médecin, que la part prise en charge par la caisse sera plus forte, et au grand nombre de constatations qui devront être effectuées par lui. Le prix moyen restant sensiblement le même, il en résultera d'une manière immédiate un surcroît de travail en même temps que de rétribution pour les médecins. Mais la profession étant plus rémunératrice, il sera possible à un plus grand nombre d'individus d'en vivre et nous verrons sans doute augmenter le nombre des praticiens. Ainsi, grâce au principe du libre choix et du paiement à l'acte médical, les soins seront administrés avec la même conscience : nous ne risquons pas une médecine « à la vapeur », comme celle qui se pratique en Allemagne. N'étant pas pressés par le besoin, ayant d'autre part une valeur morale bien supérieure, nos médecins sauront résister à la tentation de la fraude. Il semble donc que nous soyons à l'abri de cette décadence de la profession que l'on observe dans de nombreux pays où l'assurance est pratiquée. Chez nous, la médecine restera à peu près ce qu'elle est, offrant les mêmes garanties aux malades. Il en sera seulement des soins médicaux comme d'une marchandise — si l'on ose ainsi parler — dont la consommation aurait augmenté.

Ce que nous disons des médecins s'entend aussi des autres praticiens. Pourtant, les pharmaciens sont peut-être plus sacrifiés, car ils devront consentir aux assurés d'assez fortes diminutions sur le prix des remèdes, et la plus grande facilité d'hospitalisation risque de leur retirer des clients; du moins le paiement direct leur évitera d'attendre trop longtemps la rémunération de leurs fournitures; le tarif

national les met à l'abri d'exigences excessives de la part des caisses. La création de pharmacies spéciales, qui auraient pu ruiner leur profession, n'est plus à redouter, et ils n'auront rien à perdre à l'accroissement de la consommation des remèdes, ni à la disparition de quelques spécialités.

Désormais, modifiée comme elle l'a été, la loi ne se présente plus comme vraiment dangereuse pour les praticiens, et ceux-ci ont adopté une attitude qui n'a plus rien de dangereux pour la loi.

§ 2. — Les travailleurs assurés.

A l'inverse des groupements de praticiens, les groupements d'ouvriers et d'employés ont toujours été fortement partisans de l'assurance : il faut d'ailleurs reconnaître que, si toutes les promesses étaient réalisées et si l'incidence des charges se produisait seulement de la façon établie par la loi, il y aurait une amélioration sérieuse dans leur condition.

Aussi est-ce avec satisfaction qu'en 1928 le Comité confédéral national de la C. G. T. « enregistre le vote de la loi sur les assurances sociales... Malgré ses imperfections, déjà signalées par le Congrès confédéral de juillet 1927, cette loi, réalisation tardive d'une réforme depuis longtemps réclamée par la classe ouvrière, comblera une importante lacune de notre législation et rendra d'appréciables services aux travailleurs en les garantissant contre les risques de l'existence. »

Cependant, la loi, à ses yeux, n'est pas parfaite. D'abord, elle n'est pas assez compréhensive : il faudrait y assujettir les employés des services publics; faire aux travailleurs agricoles une condition identique à celle des travailleurs

urbains, et ne laisser aucune distinction entre les étrangers et les nationaux. Les maxima de salaires sont trop bas, les prestations sont insuffisantes, le délai de carence est trop long, les petits salariés devraient jouir d'avantages encore plus considérables, enfin l'Etat devrait apporter une participation financière supérieure au fonctionnement de la loi.

Et puis, reprenant la vieille idée marxiste de la lutte des classes (ce qui est particulièrement regrettable alors qu'il s'agit d'une loi d'apaisement et de collaboration des divers éléments de la société), la C. G. T. « constate avec fierté que le résultat est dû en grande partie à la volonté tenace des organisateurs confédérés et à l'effort soutenu de leurs militants ». Comme « les salariés ne sauraient admettre que les avantages matériels que la loi comporte soient conditionnés par l'aggravation de leur dépendance aux forces d'exploitation », elle les met aussitôt en garde contre certaines dispositions relatives à la représentation des patrons dans les conseils des caisses et à la fondation de mutualités par les chefs d'entreprises : « Subrepticement introduites sous le chantage répété des Chambres de commerce et des grands groupements patronaux, si farouchement adversaires de la loi, ces dispositions sont inadmissibles et intolérables. Elles constituent un véritable sabotage de la loi. » La C. G. T. recommande alors la constitution de caisses « sous la forme d'un groupement spontané d'assurés, parce qu'elles sont les seules qui ne soient pas astreintes par la loi à une représentation patronale dans le sein de leur conseil d'administration. » Enfin, la C. G. T. reste fidèle au principe de l'unité de l'assurance et déclare s'élever contre toute application de la loi par étapes ⁽²⁾.

(2) Rapports et documents relatifs au XX^e Congrès national de la C. G. T., sept. 1929, *passim*.

Mais ces patrons que la Confédération exclut si rigoureusement de l'administration de l'assurance, les ouvriers les appellent cependant à leur aide pour en assurer le fonctionnement. Moins soucieux des principes, moins fiers de la conquête que vient de faire le prolétariat, mais plus près des réalités, les assurés ont surtout constaté que le résultat immédiat de la loi serait la réduction du salaire reçu dans la mesure de 4 p. 100 environ. Sans doute les avantages qu'on leur fait espérer dépasseront largement la retenue qu'on leur impose; cependant, mi-sceptiques, mi-imprévoyants, quelques-uns auraient préféré rester dans la situation actuelle (3). Mais tous ont été d'accord pour convenir que la meilleure solution est de faire payer à l'employeur la totalité de la cotisation; et ils n'ont pas reculé, pour l'obtenir, devant des moyens violents. Dès le 7 juillet, une semaine après la mise en application de la loi, les premières grèves éclatent à Lille, Limoges et dans la plupart des ports. Mais c'est surtout dans le Nord de la France que se manifeste le plus de mécontentement : le 22 juillet 1930, 60 p. 100 des ouvriers métallurgistes avaient cessé le travail et, peu de jours après, la grève de la moitié des ouvriers du textile portait à 100.000 le nombre des grévistes (4).

L'initiative des protestations paraît être venue des syndicats communistes : ils avouent sans ambages qu'il faut faire payer aux employeurs la totalité de la cotisation. Cette exigence s'attaque de front aux dispositions de la loi, mais elle a du moins le mérite de la franchise. Moins nette a été

(3) Ainsi a-t-on vu des ouvriers du bâtiment défiler dans les rues de La Rochelle avec des bannières portant l'inscription : « A bas les assurances sociales ! » De même des dockers de Toulon ont jeté à la mer leurs livrets d'assurances sociales.

(4) Toutefois, un bon nombre des ouvriers du Consortium de l'Industrie textile dont nous avons parlé (*supra*, p. 29) restaient à leur poste.

l'attitude de la C. G. T. Après avoir promis formellement que les assurés paieraient leur part de cotisation, nous l'avons vue, pour ne pas être en reste de démagogie, engager les travailleurs, non à refuser de payer eux-mêmes leur part de cotisation, mais à demander une augmentation des salaires en raison d'une élévation prétendue du coût de la vie antérieure aux assurances sociales. Elle estimait d'ailleurs que le prélèvement sur les salaires prescrit par la loi était une raison de plus pour que satisfaction soit donnée immédiatement à une revendication déjà ancienne.

Mais ce subterfuge n'a trompé personne et le *Bulletin quotidien* remarquait fort judicieusement : « On dirait qu'ils (les syndicats) ont entrepris de réfuter eux-mêmes la thèse qu'ils faisaient sonner si haut lors de la discussion de la loi et de donner raison à ceux qui redoutaient que la loi n'eût des répercussions économiques dangereuses ⁽⁵⁾. »

Cependant, la situation s'est dénouée assez rapidement. Dans l'industrie métallurgique du Nord, par exemple, de nombreuses entreprises ont accédé aux demandes des ouvriers, d'autres s'en sont remises à l'arbitrage de l'inspecteur du travail, qui a fait adopter une solution intermédiaire. A la fin d'août, le travail avait repris dans toutes les usines. Les ouvriers en textiles d'Armentières, demandèrent au préfet d'intervenir, et, grâce à sa médiation, l'accord était rétabli dès le 11 septembre entre les patrons et les syndicats. A Roubaix-Tourcoing, le Consortium de l'industrie textile entendait prendre à sa charge les cotisations ouvrières exigées par l'assurance d'une façon un peu détournée, en versant annuellement une *prime de fidélité* à ceux de ses ouvriers qui n'avaient pas cessé volontaire-

(5) *Informations sociales*, 4 oct. 1930.

ment le travail pendant l'année précédente. Pourtant, les conditions dans lesquelles était attribuée cette prime ne plaisaient pas aux syndicats et la grève ne cessa que lorsque le Consortium se fut engagé à servir sous le nom de *prime de présence* un supplément de salaire aux ouvriers se trouvant dans les usines depuis un an au moins.

D'une manière générale, on peut dire qu'avant le 1^{er} octobre les conflits étaient partout apaisés, mais il est rare que le salarié paie effectivement la moitié de la cotisation, que la loi avait voulu laisser à sa charge, si bien qu'une part extrêmement lourde du coût des assurances sociales retombe actuellement sur les employeurs.

§ 3. — Les patrons.

On comprend que le patronat, qui redoutait cette conséquence des assurances sociales, ait toujours eu à leur endroit une attitude réservée, sinon défavorable. C'est, en effet, comme s'il lui était imposé une augmentation des salaires variant entre 4 et 8 p. 100. Or, « on n'augmente pas artificiellement les salaires : lorsque leur accroissement ne vient pas d'une augmentation de la production ou d'un enrichissement quelconque, la crise ne peut se résoudre que par la hausse des prix, l'inflation ou le chômage » (6).

« Nous ne sommes pas opposés au principe des assurances sociales, disent les employeurs, et nous pensons même qu'il serait infiniment regrettable de ne pas apporter aux travailleurs des satisfactions tangibles, après leur avoir laissé certaines espérances; mais pour réaliser une aussi importante réforme, qui intéresse quelque 9 millions de travail-

(6) Gignoux, *Journée industrielle*, 5-6 janv. 1930.

leurs, qui tend à garantir chacun d'eux contre cinq risques, il aurait été nécessaire de sérier les questions, de procéder par étapes. Cette procédure n'aurait pas seulement laissé au pays le temps de s'adapter progressivement au nouveau régime, comme ont pu le faire les pays étrangers, elle aurait eu aussi pour conséquence de séparer les risques de répartition et de capitalisation, dont la couverture repose sur des bases techniques essentiellement différentes, de simplifier les formalités administratives pour la perception des cotisations.

» Elle permettrait également de proportionner les charges des assurances sociales aux possibilités financières actuelles du pays. Même réduites à 8 p. 100 des salaires, les cotisations imposées aux employeurs et aux assujettis n'en constituent pas moins encore un prélèvement de plus de 6 milliards sur les ressources générales de la Nation. Est-elle en mesure de supporter sans fléchir une pareille surcharge, qui, en réalité, équivaut à un impôt nouveau? Nous ne le croyons pas. Les entreprises, déjà accablées par le fisc, verront, avec l'élévation de leurs prix de revient, se fermer les marchés intérieurs et extérieurs; les consommateurs qui, tous, soit comme employeurs, soit comme assujettis, auront leurs ressources amputées, diminueront d'autant plus leurs achats que l'application des assurances sociales provoquera une hausse certaine du coût de la vie. Une crise d'une gravité exceptionnelle peut être ainsi déclenchée par une réforme certes généreuse, mais imprudente. »

Et cette crise aurait pu être évitée par « une loi simple et souple, s'appuyant pour son application sur la mutualité et les organisations existantes, ne comportant ni charges excessives, ni appareil administratif trop lourd. A ces

seules conditions, une loi d'assurances sociales pourra s'acclimater en France. Toute législation complexe, inspirée trop servilement de modèles étrangers, ne pourrait qu'aboutir à un échec » (7).

Il faut bien reconnaître que le législateur a fait un peu trop bon marché des grands intérêts économiques du pays. Il a donné une trop faible représentation à ceux de qui, en définitive, émane la presque totalité des subsides, et dont l'expérience des affaires serait souvent utile dans la gestion des caisses. Les institutions patronales, dont certaines sont de magnifiques exemples de philanthropie éclairée, n'ont pas été assez utilisées par la loi. Enfin, la réalisation par paliers de l'assurance aurait laissé à la production le temps de s'adapter aux charges nouvelles et n'aurait pas retardé sérieusement son instauration, car certains risques auraient pu être assurés plus tôt. Lorsque ces premières branches d'assurance auraient été bien établies, on serait passé aux autres et notre institution aurait gagné une solidité de bases supérieure, semble-t-il, à celle du système qui vient d'entrer en application.

Quelle que soit leur opinion sur la loi, nous voyons néanmoins les employeurs se mettre en règle avec elle. Dès le 1^{er} juillet 1930, ils avaient envoyé 7 millions de déclarations aux services centraux des assurances sociales; et si l'on tient compte de ce que peu de salariés agricoles et de domestiques ruraux ont été inscrits, on voit que dès la première heure le grand patronat a parfaitement accompli son devoir.

(7) Rapport de M. de Lavergne à l'Assemblée générale de la Confédération générale de la production française du 31 mars 1930, p. 6 et 7.

§ 4. — Les agriculteurs.

Nous avons relaté les circonstances à la suite desquelles le Parlement avait dû complètement bouleverser le système d'assurance des travailleurs de la campagne. Le texte de la loi de 1928, en effet, avait soulevé l'opposition unanime de l'agriculture; or, l'agriculture comprend 48 p. 100 de la population française et plus de la moitié des candidats à l'assurance obligatoire ou facultative. Il importait d'autant plus de la satisfaire que l'exode rural est plus à craindre et qu'un paysan mécontent de son sort risque de prendre le chemin de l'usine.

On ne pouvait au surplus contester la valeur des critiques formulées. L'assurance-maladie, en particulier, sera bien moins coûteuse à la campagne, où l'état sanitaire est meilleur, et il est équitable que la cotisation à payer soit proportionnelle au risque à garantir. Les disponibilités des paysans, salariés ou petits employeurs sont assez réduites et la charge des cotisations leur paraissait écrasante; ils ne voulaient pas de la solidarité avec les travailleurs urbains, qui représentaient pour eux de mauvais risques. La complication des formalités les effrayait; ils craignaient de participer aux nombreux frais d'administration entraînés par le fonctionnement normal de la loi; ils redoutaient la fraude et réclamaient impérieusement l'organisation sur la base mutualiste, si on leur refusait un délai de deux ou trois ans pour tenter une application de la loi par paliers.

« Nous avons toujours affirmé que l'assurance-maladie est la plus dangereuse de toutes, parce que le risque est, dans une grande mesure, extensible au gré de celui qui est assuré. Dans ces conditions, le seul frein à l'extension des dépenses et du risque, c'est la mutualité, la mutualité

avec son vieux principe : A chacun selon ses œuvres » (8).

La loi du 30 avril 1930 est venue accorder aux agriculteurs la satisfaction presque totale de leurs revendications. Ils pourront, en effet, pour les risques de répartition, s'affilier à des sociétés de secours mutuels et ce n'est qu'à défaut de ces organismes qu'ils seront inscrits à une section spéciale des caisses. Ils sont ainsi déjà séparés des autres travailleurs. Mais ils s'en distinguent surtout par les nombreux et très lourds versements que s'impose la Nation pour garantir des prestations importantes, malgré la faiblesse de leurs cotisations, aux assurés obligatoires et facultatifs.

Ainsi, après avoir été visiblement sacrifiés, voilà les travailleurs agricoles dans une situation privilégiée : espérons qu'ils sauront le reconnaître et que ces mesures contribueront à les attacher davantage à leur profession.

§ 5. — Les mutualistes.

Devant la loi d'assurances sociales, les mutualistes se trouvent partagés entre deux sentiments contraires : la satisfaction de voir s'imposer largement les principes de prévoyance pour lesquels ils ont les premiers combattu et le regret que ces principes ne soient pas appliqués tout à fait selon les méthodes qui leur sont chères.

On ne peut, du reste, qu'être d'accord avec eux lorsqu'ils reprochent à l'assurance étatiste de la loi de 1930 d'être trop coûteuse et trop formaliste. On voit avec regret une armée de fonctionnaires s'installer à la place des administrateurs souvent bénévoles de leurs sociétés et la *paperas*.

(8) Rapport de M. Garcin à la session générale de la Société des agriculteurs de France en 1930 (*Rev. des agricult. de France*, mai 1930, p. 112)

serie régner en des matières où ils s'efforçaient de simplifier les écritures.

Les anciennes sociétés de secours mutuels, disent-ils, étaient à la fois des sociétés amicales et de contrôle mutuel, chose excellente pour détourner leurs membres d'un usage abusif des prestations. Les assurés sociaux, qui souvent s'ignorent entre eux, craindront-ils de préjudicier par leurs fraudes à cette vague entité qu'est la caisse, derrière laquelle ils aperçoivent, plus impersonnel encore, l'Etat?

Enfin les mutualistes, qui sont décidés à une application consciencieuse de la loi, redoutent d'être exploités par les autres assurés, dont ils sont solidaires. Aussi préconisent-ils la généralisation du régime mutualiste. Il serait maintenant plus fécond que par le passé, puisque l'obligation lui attirerait de nombreux adhérents et les cotisations élevées permettraient de distribuer des prestations plus appréciables.

Cette idée a séduit beaucoup de monde : les agriculteurs, nous l'avons vu, le patronat, et, en général, tous ceux qui voient avec crainte l'Etat assumer une nouvelle et si lourde charge. Pourtant, on ne tient pas suffisamment compte de la modification qu'imposerait à la mutualité sa généralisation. Nous l'avons déjà laissé entrevoir : l'accroissement du nombre des assurés y introduirait inévitablement la bureaucratie; mais, surtout, ceux qui se sont tenus jusqu'à ce jour à l'écart des sociétés de secours mutuels et qu'on y incorporerait demain d'office, prendraient-ils, par le simple jeu d'un article de loi, l'esprit mutualiste? Il y a là certainement un danger, mais pas assez grand pour rendre, en dernière analyse, l'organisation étatiste supérieure à celle de la mutualité.

Et c'est pour cela qu'il nous est agréable de constater

que la loi du 30 avril 1930 fait place aux principes de cette dernière. Il faut en profiter pour intéresser l'assuré à sa caisse, tant par le rôle qu'il remplira dans sa gestion que par les avantages qu'il en tirera. Il faut, en un mot, qu'il soit fier d'elle, comme les mutualistes l'étaient jadis de leur société, et qu'il cherche, comme eux, à lui recruter des membres. Ainsi attaché à elle, plus encore par le sentiment que par la loi, il se comportera honnêtement à son égard et s'efforcera de la faire fonctionner dans les meilleures conditions.

§ 6. — L'opinion publique et l'incidence de la loi.

Le but des assurances sociales étant d'améliorer les conditions d'existence des travailleurs, et, par contre-coup, l'état économique général, notre loi devrait être vue avec bienveillance par ceux mêmes qui n'en profitent pas directement. Il se trouve, au contraire, qu'elle a été accueillie avec méfiance par l'opinion publique presque tout entière, à l'exception des bénéficiaires immédiats, et même pas encore de tous ceux-là. Comment s'expliquer cette attitude réservée, sinon hostile? D'abord les majorations de prestations et de cotisations que l'Etat promet à diverses catégories d'assurés se traduiront pour l'ensemble des contribuables par des majorations d'impôts. Mais ce que l'on redoute surtout, c'est l'incidence très lourde des dépenses occasionnées par le fonctionnement de la loi.

Qui, en définitive, supportera le poids de l'assurance sociale? Nul ne le sait exactement. Il est certain que les producteurs, qui parviennent avec peine à faire actuellement face à leurs affaires, ne pourront prendre à leur charge cette nouvelle dépense : ils la feront supporter aux consom-

mateurs sous la forme d'une hausse générale des prix. Ceux-ci devront alors, suivant leurs ressources, dépenser davantage ou se restreindre, et cette dernière attitude entraînera une crise de surproduction avec toutes ses conséquences. Toutefois, il faut reconnaître que la hausse des prix imputable éventuellement aux assurances sociales a été souvent évaluée d'une manière fantaisiste.

Même en supposant que l'employeur paie la cotisation ouvrière, soit directement, soit indirectement, sous la forme d'une augmentation de salaires, la main-d'œuvre ne subirait qu'une augmentation de 8 p. 100 environ. Mais, comme le travail n'est jamais le seul élément d'un produit, la hausse totale du prix de ce produit ne devrait jamais atteindre ce chiffre : elle varierait suivant la part de main-d'œuvre incorporée à la matière première (9).

Nous sommes donc bien loin des 20 et 25 p. 100 prédits par certains. Malheureusement, l'augmentation directement causée par les assurances sociales est singulièrement accrue par l'esprit de lucre et de spéculation de certains intermédiaires, qui prennent ce prétexte pour réaliser des gains d'autant plus immoraux qu'ils font retomber sur d'autres la responsabilité de l'enchérissement dont ils sont les auteurs. Et c'est ainsi que, plusieurs mois avant la mise en marche de l'assurance, ils ont, en majorant leurs prix, accentué l'impopularité d'une institution, onéreuse sans

(9) Un exemple simple montrera le bien-fondé de cette affirmation : Supposons une fabrique qui confectionne des vêtements; admettons pour simplifier que les étoffes et fournitures ont été achetées avant l'application de la loi et que leur prix est, par conséquent, soustrait à son incidence. Deux séries coûtent respectivement 200 et 400 francs, et, dans les deux le prix de la main-d'œuvre, sensiblement la même, est de 100 francs : elle seule sera majorée au maximum de 8 p. 100 du fait de l'assurance; les prix devront passer à 208 et 408 francs, ce qui constitue une augmentation, pour la première série, de 4 p. 100, et, pour la seconde, de 2 p. 100 seulement.

doute, mais qui n'est pas la cause des malhonnêtetés qu'on lui fait couvrir.

Le ministre du Commerce a bien déclaré que le Gouvernement « est décidé, le cas échéant, à prendre des mesures énergiques en vue d'éviter toute hausse qui, provenant d'initiatives individuelles ou collectives, prendrait prétexte des charges provoquées par les assurances sociales ». Mais si l'on avait, dès le début, osé dire quel sacrifice on imposait réellement au pays, il aurait été peut-être moins facile de tromper ensuite les consommateurs sur son importance. Ainsi l'on n'aurait pas vu s'ajouter aux dépenses sociales utiles d'autres dépenses, dont la seule raison d'être est de satisfaire la cupidité de quelques-uns au grand détriment de tous.

CONCLUSION

Des critiques que nous venons de formuler, nous ne voudrions cependant pas voir se dégager l'impression que l'assurance-maladie est une mauvaise chose, que nous croyons, nous aussi, être en présence d'une *loi folle*, et qu'il aurait mieux valu ne rien faire que d'organiser une semblable institution.

Si nous avons dit, très franchement, sans chercher à les atténuer, quels nous paraissent être ses défauts, c'est parce que nous estimons que, pour essayer de les corriger, il est indispensable de les bien connaître.

Mais il ne faut pas regarder que les imperfections. Tout d'abord il importe de rendre hommage à l'idée qui a inspiré les assurances sociales en général et l'assurance-maladie en particulier. Comment ne pas se réjouir en pensant que, désormais, si la maladie vient encore arrêter le travail et le gain de l'ouvrier, il recevra du moins des secours qui l'aideront à se soigner et lui permettront de subsister jusqu'au jour de sa guérison? Et nous n'hésitons pas à dire que l'organisme qui se propose un tel but est digne de respect, comme en est digne tout ce qui s'attache à soulager la misère humaine.

Il faut constater, au surplus, que les principes fondamentaux eux-mêmes, sur lesquels repose la loi, sont bons. La double cotisation devrait permettre au salarié de s'élever en faisant acte de prévoyance, sans être accablé pourtant

puisque l'employeur vient à son aide. Par là, ce dernier accomplit lui-même un devoir, car il ne doit pas fournir à son ouvrier seulement le strict équivalent de son travail, mais ce qui lui permet de vivre dans des conditions convenables. D'autre part, les prestations promises pour les cas de maladie seraient en général suffisantes si les caisses pouvaient les assurer intégralement. Enfin, de sages modifications du texte original nous promettent maintenant la parfaite collaboration des praticiens : ils mettront au service des malades assurés le dévouement que nous leur connaissons.

Malheureusement l'assurance-maladie présente aussi au moins deux graves défauts que nous avons déjà signalés. Le premier c'est qu'elle est trop généreuse et qu'elle a eu trop confiance dans la moralité des assurés. A cause de cela, *ses finances se trouveront fatalement en déséquilibre*. Or, il ne peut être question pour les améliorer d'accroître sensiblement les cotisations : il faudra donc réduire les dépenses, mais de la façon la moins dangereuse pour la santé de l'assuré. Pour cette raison, nous nous prononçons contre une simple réduction du pourcentage des indemnités versées par la caisse et, surtout, contre une réduction des secours d'autant plus forte que les frais engagés sont plus importants. Or, c'est précisément à cela que conduirait le jeu des diverses limitations aux versements des caisses prévues par la loi ⁽¹⁾.

Quand le malade est gravement atteint, il faut venir à son secours d'une façon très efficace, parce qu'il sera longtemps sans travailler et que les soins dont il a besoin sont très onéreux. Dans ce cas, la part laissée par la loi à la

(1) Art. 4, § 5, al. 2, et art. 4, § 7, al. 1 et 2. Cf. *supra*, p. 121 et 124.

charge de l'assuré est presque excessive. Au contraire, il serait facile de réaliser des économies appréciables en réduisant la participation des caisses au traitement des malades plus légèrement atteints, ou en supprimant même tout à fait les secours lorsqu'il s'agit d'une indisposition insignifiante et passagère.

Et cela n'aurait pas de conséquences bien tragiques : l'ouvrier le plus imprévoyant a toujours assez d'économies pour vivre quelques jours sans toucher de salaire. Or, ce sont les petites indispositions les plus fréquentes; souvent même, sous un régime d'assurance, elles sont créées ou prolongées par la fraude. C'est donc elles qui feraient l'objet de la réduction de dépenses la plus équitable, la plus facile et la plus fructueuse.

Pratiquement, un tel système pourrait s'organiser de la façon suivante : L'assuré, dès qu'il se sent malade, a le droit de s'adresser gratuitement à un médecin; suivant l'importance du mal, celui-ci fixe la part des soins que la caisse prendra à sa charge et le malade sait à quoi s'en tenir. Cette évaluation n'a du reste rien de définitif, et si l'état de l'assuré s'aggrave, la responsabilité de la caisse pourra être accrue après un nouvel examen. Le plus difficile, avec un tel régime, serait, semble-t-il, de limiter les cas dans lesquels la caisse prendra part aux soins. Or, d'éminents praticiens affirment qu'il est relativement facile de dresser un tableau des maladies les plus graves, dont l'assurance couvrirait les frais pour le tout ou pour partie. La liste, du reste, ne serait pas limitative, et s'il arrivait qu'une maladie ordinairement bénigne prenne un développement inaccoutumé, rien n'empêcherait, après s'être entouré de quelques garanties, de venir en aide à celui qui en est atteint. Il n'y aurait pas plus de difficulté à cela

qu'il n'y en aura, avec les dispositions actuelles, à décider s'il y a lieu ou non de rembourser à un assuré un traitement spécial (2).

De cette façon, les cotisations perçues dépasseraient de beaucoup les prestations attribuées. Cela permettrait de corriger le second grand défaut de la loi : *l'absence d'une organisation préventive des maladies*. Un prélèvement sur les recettes des caisses, qu'il faut rendre obligatoire, nous l'avons précédemment établi, serait facile à effectuer. Il ne resterait plus qu'à mettre sur pied un plan d'ensemble d'outillage sanitaire national, qui donnerait aux caisses et à leurs unions des directions sur les œuvres à entreprendre et les améliorations à réaliser pour que notre pays soit aussi bien armé que ses voisins dans la lutte contre la maladie.

Nous ne prétendons pas, du reste, que ces idées soient à l'abri des critiques, et que l'on ne puisse trouver d'autres systèmes aussi satisfaisants; elles paraissent du moins éviter les difficultés par lesquelles l'assurance-maladie risque d'être arrêtée demain. Il ne faut pas, en effet, s'illusionner sur la valeur des constructions théoriques et vouloir légiférer du premier coup pour l'éternité. Les enseignements de l'expérience sont plus précieux que les conjectures les plus scientifiques et les déductions de

(2) Si, cependant, on craignait de voir l'assuré incapable de subvenir à ses besoins lorsque, légèrement atteint, il ne serait pas aidé par l'assurance, ne serait-il pas possible de détourner une petite part de sa cotisation ou de demander un léger supplément, au besoin facultatif, pour constituer, sur le principe de la capitalisation, un petit pécule personnel. L'assurance le restituerait au travailleur, lorsqu'il ne serait pas assez malade pour qu'elle-même lui verse des secours. Le compte personnel aurait pour résultat d'éviter la fraude ou du moins de la rendre inoffensive. Mais on ne peut étendre davantage ce système, comme le propose le Docteur Specklin, car l'assurance-maladie doit reposer sur le principe de répartition des risques.

la logique la plus rigoureuse : l'Allemagne n'a pas instauré en une fois ses assurances, et, après quarante-cinq ans de fonctionnement, bien résolue à les conserver, elle vient encore d'en modifier certains points.

Une chose seulement est regrettable : une expérience ne peut se faire sans sujets, et les sujets de l'expérience législative que nous tentons, ce sont les travailleurs d'aujourd'hui. Sans doute, ils subiront quelques déceptions, ils devront se prêter à des changements qui les ennuièrent d'autant plus qu'ils n'en comprendront pas toujours le sens; certains, peut-être même, verront leurs intérêts lésés. Mais leur sacrifice sera fécond, car il permettra d'établir une institution solide, parfaitement viable parce qu'elle sera bien équilibrée, et qui répondra le plus exactement possible au but qu'elle se propose.

Ce sera même un honneur pour les travailleurs de notre époque d'avoir su consentir de grand cœur des sacrifices qui assureront aux travailleurs qui viendront demain un peu de paix, de bien-être et de sécurité. Ils mettront ainsi un premier et un bien bel acte de solidarité à la base d'une institution qui ne vivra, dans la suite, que par la solidarité.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

J.-G. FERRON.

Le Président,

R. POPLAWSKI.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1^{er} décembre 1930,

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

Les visas exigés par les règlements ne sont donnés qu'au point de vue de l'ordre public et des bonnes mœurs (Délibération de la Faculté du 12 août 1879).

BIBLIOGRAPHIE

I. — Ouvrages.

- ANTONELLI. — Le guide pratique des assurances sociales. Paris, 1929.
- BONNECASE (J.). — Le droit disciplinaire dans la profession médicale. Les enseignements du procès Bonnefon. Paris, 1930.
- CAILLÈS (N.). — La loi sur les assurances sociales et la mutualité. Thèse Paris, 1929.
- CHAUVEAU (D^r C.). — Loi sur les assurances sociales. Commentaire juridique, financier et administratif. Paris, 1928.
- CIBRIE et HILAIRE (D^{rs}). — Guide pratique de l'assurance-maladie à l'usage des médecins et des syndicats médicaux. Paris, 1930.
- COLONI (J.). — L'assurance-maladie-invalidité et le projet de loi sur les assurances sociales. Thèse Paris, 1927.
- CROUZON (D^r O.). — Les assurances sociales. Paris, 1930.
- DEGAS (M.). — Le problème de l'assurance-maladie-invalidité. Thèse Paris, 1922.
- DENIZET. — L'assurance-maladie obligatoire et son introduction en France. Thèse Strasbourg, 1925.
- FLEURY (E.). — Commentaire pratique et critique de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales. Paris, 1929.
- GEREST (M.). — Le guide rose des assurances sociales. Saint-Etienne, 1928.
- GIDE (Ch.). — Les institutions du progrès social. Paris, 1920.
- HÉMAR (J.). — Théorie et pratique des assurances terrestres. Paris, 2 vol., 1925.
- LAGUERRE (A.). — Les caractères internationaux de l'assurance sociale. Thèse Montpellier, 1927.
- LALLEMAND. — Histoire de la Charité. Paris, 4 vol., 1902.
- LIEK (D^r). — Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier. Paris, 1929.
- MONTCHRESTIEN. — Le problème des assurances sociales en France. Paris, 1922.
- MOULIN. — Les réformes du régime des assurances sociales et la mutualité. Thèse Strasbourg, 1925.

- PIC (P.). — *Traité élémentaire de législation industrielle*, 5^e édition. Paris, 1922.
- PICARD (R.). — *Les assurances sociales*. Paris, 1930.
- SACHET. — *Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail*. Paris, 1909.
- SOLUS (H.). — *Qu'est-ce que les assurances sociales?* Paris, 1929.
— *Comment fonctionnent les assurances sociales?* Paris, 1929.
— *Le nouveau régime des assurances sociales*. Paris, 1930.
- TISSERAND (P.). — *Le système financier des assurances sociales*. Thèse Paris, 1929.

II. — Documents et périodiques.

- Assemblée générale de la Confédération générale de la production française (21 mars 1930).
- Bulletin bibliographique de l'Institut d'études et de documentation économiques et sociales de Bordeaux*, nos 11-12, A : *Assurances sociales*.
- Bulletin quotidien* (Société d'Études et d'Informations économiques).
- Bulletin du ministère du Travail*.
- Bureau international du Travail :
- Études et documents*, série M;
 - Informations sociales*;
 - Revue internationale du Travail*.
- Comité national d'études sociales et politiques : *Conférences*.
- Concours médical*.
- DALLOZ. — *Répertoire pratique de législation, de doctrine et de jurisprudence*.
— *Recueil périodique et critique de jurisprudence, de législation et de doctrine*.
- Documents parlementaires, Chambre et Sénat.
- Économiste français*.
- Journal de médecine de Bordeaux*.
- Journal des assurances sociales*.
- Journal officiel*.
- Lois nouvelles*.
- Le Médecin de France*.
- Paris médical*.
- La Presse médicale*.
- Rapports et documents relatifs au XX^e Congrès national de la C. G. T. (1929).
- Revue belge du travail*.
- Revue des agriculteurs de France*.
- Revue politique et parlementaire*.
- SIREY. — *Recueil général des lois et arrêts*.

Voir, en outre, de nombreux articles parus, en particulier au cours des années 1927, 1928, 1929, 1930, dans les revues suivantes :

L'Animateur des temps nouveaux (surtout les deux numéros spéciaux des 21 juin et 27 décembre 1929); *Les Annales de la mutualité et de la coopération agricoles*; *Le Capital*; *Les Chroniques sociales de France*; *La Documentation catholique*; *Les Documents du travail*; *L'Économie nouvelle*; *L'Europe nouvelle*; *L'Illustration économique et financière*; *L'Information*; *l'Information sociale*; *Le Journal de la Société de statistique de Paris*; *Le Journal des économistes*; *La Journée industrielle*; *Le Musée social*; *Politica*; *Questions pratiques de législation ouvrière et d'économie sociales*; *La Réforme économique*; *La Réforme sociale*; *La Revue d'économie sociale*, etc.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	5

PREMIÈRE PARTIE

Le principe de l'assurance-maladie et quelques applications.

CHAPITRE PREMIER. — LA MALADIE ET L'ASSURANCE.	11
SECTION I. — <i>L'assurance en général</i> :	12
SECTION II. — <i>La maladie risque assurable</i>	15
CHAPITRE II. — CE QUI AVAIT ÉTÉ FAIT JUSQU'ICI EN FRANCE CONTRE LE RISQUE MALADIE	23
SECTION I. — <i>La mutualité</i>	23
SECTION II. — <i>Les institutions patronales</i>	28
SECTION III. — <i>L'Assistance médicale gratuite</i>	32
CHAPITRE III. — L'ASSURANCE-MALADIE A L'ÉTRANGER.....	37

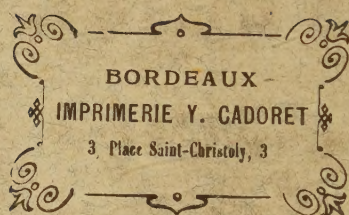
DEUXIÈME PARTIE

L'assurance-maladie telle qu'elle a été établie par les lois françaises des 5 avril 1928, 5 août 1929 et 30 avril 1930.

CHAPITRE PREMIER. — APERÇU GÉNÉRAL SUR LES ASSURANCES SOCIALES EN FRANCE.....	51
SECTION I. — <i>Histoire de la loi</i>	52
SECTION II. — <i>Les grandes lignes de la loi</i>	58
§ I. — Le principe.	58
§ II. — Les risques assurés.	59
§ III. — Les organes financiers	60
§ IV. — Les organes administratifs et consultatifs.	62
CHAPITRE II. — LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE-MALADIE.....	65
SECTION I. — <i>L'assurance obligatoire</i>	65
§ I. — Qui est salarié au sens de la loi du 30 avril 1930 ?..	66
§ II. — Le mode de calcul du salaire.....	70
§ III. — Le montant du salaire.....	72
§ IV. — L'âge	74

ERRATA

- Page 13, 17^e ligne, *au lieu de* : . *La prime*, *lire* : : *la prime*.
Page 19, 9^e ligne, *au lieu de* : l'alccolisme, *lire* : l'alcoolisme.
Page 31, 24^e et 25^e lignes, *au lieu de* : de la loi, *lire* : des lois.
Page 51, 4^e ligne du titre, *au lieu de* : 31 août, *lire* : 5 août.
Page 52, 1^{re} ligne, *au lieu de* : impossible à entreprendre, *lire* : impossible d'entreprendre.
Page 55, 2^e ligne en remontant, *au lieu de* : mais c'est, *lire* : mais ce sont.
Page 61, (7), *au lieu de* : Art. 26, §§ 4, *lire* : Art. 26, § 4, et art. 44 de la loi.
Page 63, dernière ligne du texte, *au lieu de* : chapitre VI, *lire* : chapitre VII.
Page 69, (20), *au lieu de* : 27 février 1919, *lire* : 27 février 1912.
Page 88, 21^e ligne, *au lieu de* : leurs pays, *lire* : leur pays.
Page 107, 9^e ligne, *au lieu de* : radio, thérapeutiques, *lire* : radio-thérapeutiques.
Page 125, (18), *supprimer* : al. 3.
Page 151, 18^e ligne, *au lieu de* : (art. 26, § 2), *lire* : (art. 26, § 1^{er}, al. 3).



BORDEAUX -

IMPRIMERIE Y. CADORET

3 Place Saint-Christoly, 3